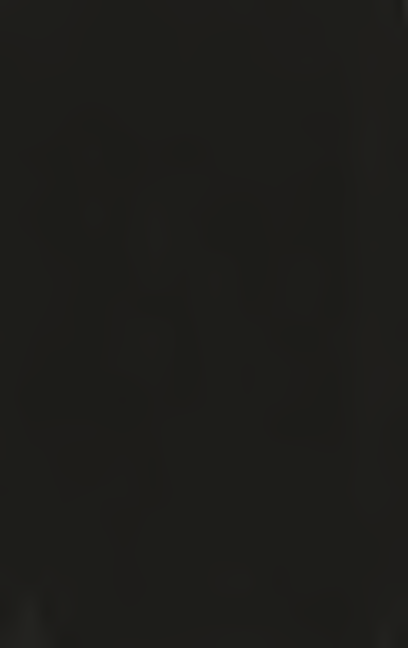
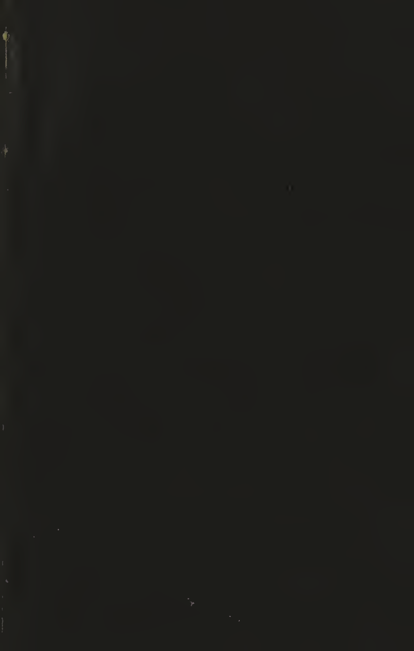
Dr Cahier

Les Occlusions aiguës de l'intestin






72561

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

FONDÉE PAR MM.

J.-M. CHARCOT et **G.-M. DEBOVE**

DIRIGÉE PAR M.

G.-M. DEBOVE

Membre de l'Académie de médecine,
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Andral.

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE CHARCOT-DEBOVE

Reliure amateur tête dorée, le vol. 3 fr. 50

VOLUMES PARUS DANS LA COLLECTION

V. Hanot. La Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique.
G.-M. Debove et Courtois-Suffit. Traitement des pleurésies purulentes.
J. Comby. Le Rachitisme.
Ch. Talamon. Appendicite et Pérityphlite.
G.-M. Debove et Rémond (de Metz). Lavage de l'estomac.
J. Seglas. Des troubles du langage chez les aliénés.
A. Sallard. Les Amygdalites aiguës.
L. Dreyfus-Brissac et I. Bruhl. Phtisie aiguë.
P. Sollier. Les Troubles de la mémoire.
De Sinety. De la Stérilité chez la femme et de son traitement.
G.-L. Debove et J. Renault. Ulcère de l'estomac.
G. Daremberg. Traitement de la Phtisie pulmonaire. 2 vol.
Ch. Luzet. La Chlorose.
E. Mosny. Broncho-Pneumonie.
A. Mathieu. Neurasthénie.
N. Gamaleïa. Les Poisons bactériens.
H. Bourges. La Diphtérie.
Paul Blocq. Les Troubles de la marche dans les maladies nerveuses.
P. Yvon. Notions de pharmacie nécessaires au médecin. 2 vol.
L. Galliard. Le Pneumothorax.
E. Trouessart. La Thérapeutique antiseptique.
Juhel-Rénoy. Traitement de la fièvre typhoïde.
J. Gasser. Les causes de la fièvre typhoïde.
G. Patein. Les Purgatifs.
A. Auvard et E. Caubet. Anesthésie chirurgicale et obstétricale.
L. Catrin. Le Paludisme chronique.
Labadie-Lagrave. Pathogénie et traitement des néphrites et du mal de Bright.
E. Ozenne. Les Hémorroïdes.
Pierre Janet. État mental des hystériques. — Les Stigmates mentaux.
H. Luc. Les Névropathies laryngées.
R. du Castel. Tuberculoses cutanées.
J. Comby. Les Oreillons.
Chambard. Les Morphinomanes.
J. Arnould. La Désinfection publique.
Achalme. Érysipèle.
P. Boulloche. Les Angines a fausses membranes.
E. Lecorché. Traitement du diabète sucré.
Barbier. La Rougeole.
M. Boulay. Pneumonie lobaire aiguë. 2 vol.
A. Sallard. Hypertrophie des amygdales.
Richardière. La Coqueluche.
G. André. Hypertrophie du cœur.
E. Barié. Bruits de souffle et bruits de galop
L. Galliard. Le Choléra.

Polin et **Labit**. Hygiène alimentaire.
Boiffin. Tumeurs fibreuses de l'utérus.
E. Rondot. Le Régime lacté.
Pierre Janet. État mental des hystériques. Les Accidents mentaux.
Ménard. Coxalgie tuberculeuse.
F. Verchère. La Blennorrhagie chez la femme. 2 vol.
P. Legueu. Chirurgie du rein et de l'uretère.
P. de Molènes. Traitement des affections de la peau. 2 vol.
Ch. Monod et **J. Jayle**. Cancer du sein.
P. Mauclaire. Ostéomyélites de la croissance.
Blache. Clinique et thérapeutique infantiles. 2 vol.
A. Reverdin (de Genève). Antisepsie et Asepsie chirurgicales.
Louis Beurnier. Les Varices.
G. André. L'Insuffisance mitrale.
Guermonprez (de Lille) et **Bécue** (de Cassel). Actinomycose.
P. Bonnier. Vertige.
De Grandmaison. La Variole.
A. Courtade. Anatomie, physiologie et séméiologie de l'oreille.
J. Duplaix. Des Anévrysmes
Ferrand. Le Langage, la Parole et les Aphasies.
Paul Rodet et **C. Paul**. Traitement du lymphatisme.
A. Gillet. Rythmes des bruits du cœur (physiologie et pathologie).
Lecorché. Traitement de la goutte.
J. Arnould. La Stérilisation alimentaire.
Legrain. Microscopie clinique.
A. Martha. Des Endocardites aiguës.
J. Comby. Empyème pulsatile.
L. Poisson. Adénopathies tuberculeuses.
E. Périer. Hygiène alimentaire des enfants.
Laveran et **R. Blanchard**. Des Hématozoaires chez l'homme et les animaux. 2 volumes.
Pierre Achalme. Immunité dans les maladies infectieuses.
Magnan et **Legrain**. Les Dégénérés.
M. Bureau. Les Aortites.
J.-M. Charcot et **A. Pitres**. Les Centres moteurs corticaux chez l'homme.
E. Valude. Les Ophtalmies du nouveau-né.
G. Martin. Myopie, Hyperopie, Astigmatisme.
Achalme. La Sérothérapie.
Du Castel. Chancres génitaux et extra-génitaux.
A. Robin. Ruptures du cœur.
Mauclaire et **de Bovis**. Des Angiomes.
Despréaux. Emphysème pulmonaire.
Cahier. Des Occlusions aiguës de l'intestin.

POUR PARAITRE PROCHAINEMENT

J. Garel. Rhinoscopie.
Denucé. Le Mal de Pott.
Legry. Les Cirrhoses alcooliques du foie.
Moure. Coryzas atrophique et hypertrophique.
Vigneron. Tuberculose urinaire.

LES

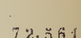
OCCLUSIONS AIGUËS

DE L'INTESTIN

PAR

Le Dr CAHIER

Médecin-major de première classe,
Ancien répétiteur d'anatomie à l'École de Lyon,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.



PARIS

RUEFF ET Cie ÉDITEURS

106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1896

INTRODUCTION

DIVISION DE L'OUVRAGE

L'occlusion aiguë de l'intestin constitue une affection relativement fréquente et dont la mortalité, même à l'heure actuelle, est des plus considérables. Le terme de « *miserere mei* » par laquelle Rhazès la caractérisait dès le IXe siècle s'est perpétué jusqu'à nos jours aussi bien dans la langue scientifique que dans le langage populaire, exprimant, pour le médecin comme pour le vulgaire, une maladie aussi effroyable dans ses symptômes que redoutable dans ses effets. Pour la combattre avec chance de succès il faut aller plus vite que le mal, comme le disait Maisonneuve à propos de la gangrène foudroyante. Or la rapidité des décisions thérapeutiques est subordonnée à la promptitude avec laquelle le praticien formulera son diagnostic, et c'est là, justement, un point tout

particulièrement épineux et délicat, la maladie déroutant trop souvent la sagacité des médecins et des chirurgiens les plus expérimentés. C'est pourquoi, négligeant à dessein les modalités chroniques de l'occlusion dont la marche ralentie permet d'instituer une thérapeutique mûrement raisonnée, nous n'aborderons dans cet ouvrage que l'étude des formes aiguës qui engagent si étroitement et la responsabilité du médecin et la vie du malade. Envisageant tout spécialement le diagnostic et le traitement, nous avons cru bon de ne pas insister sur l'anatomie pathologique de l'étranglement, si bien exposée par Duchaussoy il y a quelque trente ans, mais nous avons jugé utile de consacrer un court chapitre aux recherches bactériologiques de date récente ayant trait à notre sujet.

Notre travail est divisé en sept chapitres traitant : 1° Des agents divers de l'occlusion. 2° De la symptomatologie. 3° Du rôle des microbes de l'intestin dans l'étranglement. 4° Du diagnostic en général; nature de l'obstacle. 5° Du siège de l'arrêt. 6° Du traitement en général : thérapeutique médicale. 7° Du traitement chirurgical : laparotomie et entérotomie.

LES

OCCLUSIONS AIGUËS

DE L'INTESTIN

CHAPITRE PREMIER

DES AGENTS DE L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUË

L'occlusion intestinale aiguë est un complexus symptomatique exprimant les réactions locales et générales de l'économie contre un arrêt brusque et absolu survenu dans le cours du contenu intestinal, et contre les accidents infectieux concomitants d'origine probablement microbienne.

L'étranglement herniaire, bien que constituant une véritable occlusion aiguë, ne sera pas compris dans cette étude qui n'embrasse que les occlusions intra-abdominales, et si nous avons préféré le terme d'occlusion intestinale à celui d'étranglement interne, c'est que ce dernier paraît indiquer constamment une striction réelle et étroite d'un point du tube digestif, alors que, dans certains cas, rares, il est vrai, mais non exceptionnels, l'arrêt du cours des matières

dépend soit d'un trouble d'innervation de l'intestin, soit d'un véritable tamponnement de ce conduit.

La stase aiguë du contenu intestinal peut donc être rapportée à deux facteurs étiologiques. L'un, fréquent, consiste en un obstacle matériel déterminant un véritable étranglement de l'intestin : 1° *occlusion mécanique*; l'autre, plus rare, d'ordre physiologique, tire son origine d'une insuffisance dans la force propulsive de la tunique musculaire intestinale : 2° *occlusion dynamique*; les deux causes venant parfois à surajouter leurs effets engendrent alors : 3° l'*occlusion mécanico-dynamique*.

I° L'obstacle matériel constituant l'étranglement vrai peut résider dans :

A. — Une *position vicieuse* prise brusquement par un segment plus ou moins long du tube digestif :

Volvulus et torsions.
Invagination étranglée.
Flexions anormales et adhérences.

B. — Une *compression étroite ou étendue* d'un ou de plusieurs points de l'intestin :

Brides pleines et creuses. [minales
Ouvertures anormales ou accidentelles intra-abdo-
Tumeurs diverses.

II° L'occlusion dynamique aiguë ou pseudo-étranglement peut s'observer comme complication : d'une maladie inflammatoire intéressant les organes intra-abdominaux, la séreuse péritonéale ou certaines parties avoisinant l'abdomen; d'une opération pratiquée

sur cette cavité (laparotomie, par exemple); enfin tirer son origine de certaines affections générales.

III°. Dans l'occlusion aiguë mécanico-dynamique, un obstacle matériel (bride lâche et récente, rétrécissement simple ou cancéreux du tube digestif, calcul biliaire, matières fécales durcies), qui, à lui seul, serait insuffisant dans la pluralité des cas pour engendrer le complexus symptomatique de la maladie, crée, en surajoutant son action propre à des troubles d'innervation de l'intestin, l'arrêt absolu des matières en circulation.

Nous proposons l'adoption de cette classification, basée sur le mécanisme étiologique des occlusions aiguës, comme répondant le mieux aux indications principales du traitement, s'il est vrai que connaître le proccssus pathogénique d'une affection c'est, par cela même, découvrir les bases d'une thérapeutique rationnelle, et si nous admettons que le diagnostic, point délicat que, tout à l'heure, nous tâeherons d'élucider le plus clairement possible, doit permettre au praticien de ranger un cas donné d'occlusion aiguë tout au moins dans l'un des trois groupes que nous venons de former.

Nous allons maintenant esquisser à grands traits l'histoire sommaire et les caractères généraux des différentes variétés de l'occlusion aiguë, nous réservant d'insister dans des chapitres particulièrement développés sur leur diagnostic et leur traitement.

OCCLUSIONS MÉCANIQUES PAR POSITIONS VICIEUSES

I

VOLVULUS ET TORSIONS.

Nous réunissons ces deux variétés dans un même paragraphe, bien que, au point de vue anatomo-pathologique, elles présentent entre elles certaines différences, nous basant sur l'identité presque absolue du syndrome clinique qu'elles engendrent et des signes objectifs qu'elles offrent à l'observateur. Lévêque (Thèse de Paris 84), qui en a fait le sujet de son travail inaugural, les réunit sous le terme générique de *rotations* de l'intestin : quand une portion du conduit digestif exécute un mouvement circulaire plus ou moins complet autour de son axe propre, c'est une *torsion*; quand, au contraire, ce même mouvement est effectué autour d'un axe étranger au segment intestinal intéressé, c'est-à-dire autour d'un autre organe ou d'une autre portion d'intestin, c'est un *enroulement*; le *volvulus* est l'enroulement vrai; le premier mécanisme correspondrait à la torsion des artères, le deuxième à l'enroulement d'un fil autour d'une bobine; en l'état, la bobine serait le mésentère, le mésocôlon ou une anse intestinale.

La torsion proprement dite ne se montre guère que sur le gros intestin : cæcum ou côlon ascendant, et Lévêque, sur 19 cas de rotation de l'intestin grêle qu'il a colligés, ne cite qu'une observation unique de torsion qui lui est personnelle; encore les phénomènes morbides évoluèrent-ils d'une façon subaiguë plutôt qu'aiguë. Il s'agit d'un homme de dix-neuf ans

qui mourut au bout de dix-sept jours de maladie, après avoir présenté les symptômes d'un étranglement interne à marche rémittente, et à l'autopsie duquel on découvrit une déchirure du mésentère (condition nécessaire pour la production d'une torsion), à son insertion supérieure, livrant passage à une anse d'intestin grêle étranglée à ses deux extrémités, en haut par torsion, en bas par compression. Comme il existait, en même temps, une bride fibreuse partant de l'ombilic et allant s'insérer à deux anses contiguës d'intestin grêle, on voit que le cas est assez complexe et ne constitue pas en réalité un fait de torsion pure. Cependant, en 1865, Rembold[1], d'Inspruck, a relaté une observation d'étranglement par torsion de la première portion du duodénum.

Communément le volvulus consiste donc en la rotation d'une anse intestinale autour d'un pivot formé par le mésocôlon ou le mésentère. Il paraît se produire assez rarement puisque, sur 1541 cas d'occlusion analysés par lui, Leichtenstein n'a trouvé que 2,10 pour 100 d'étranglement par enroulement. Cette rareté relative n'est peut-être qu'apparente, et il est plus que probable que nombre de volvulus ne sont pas diagnostiqués et que des rotations réelles n'ont pas été retrouvées soit au cours de laparotomies, soit à l'autopsie, parce qu'elles s'étaient réduites spontanément, la section des parois abdominales sur lesquelles les anses distendues prennent un point d'appui ayant brusquement permis aux intestins « encaqués » dans la cavité de se dégager tout à l'aise, et à un volvulus, non encore fixé par des adhé-

1. *Desterrichische Zeits für praktische Heilkunde*, 1865,, n° 6.

rences dans sa position vicieuse, de se détordre *proprio motu*. En tout cas, chez les jeunes gens de 20 à 25 ans, les enroulements paraissent assez fréquents, puisque, pour l'armée, sur 19 cas appartenant à ces dernières années et relatés dans les *Archives de médecine militaire* (une observation de Catrin a été rapportée à la Société médicale des hôpitaux, octobre 1894), nous trouvons 4 volvulus (cas de Clément, Marcus, Labrevoit, Catrin). L'affection est aussi plus commune chez l'homme que chez la femme : 4 contre 1.

Une élongation anormale du mésentère paraît nécessaire à la production du volvulus. Quand cet allongement est congénital, c'est surtout chez les jeunes gens et sur l'intestin grêle que l'enroulement apparaîtra de préférence ; quand il est acquis, c'est principalement sur l'S iliaque et chez des sujets arrivés à la fin de l'âge adulte ou à la vieillesse que le volvulus se rencontrera ; cela tient à ce que l'élongation a été amenée par la constipation habituelle et par une réplétion exagérée et incessamment renouvelée du tube digestif, d'où tiraillement continu du mésocôlon. Les excès quotidiens de nourriture, l'alimentation presque exclusivement végétale (chez les paysans russes par exemple) créent donc, pour le gros intestin, une prédisposition à l'enroulement qui s'opérera un jour brusquement à l'occasion d'un mouvement un peu vif, d'une course, d'un exercice violent ou d'une ingestion d'aliments plus considérable encore que d'habitude. Ainsi, dans deux observations du mémoire de Besnier, nous voyons le volvulus se montrer à la suite d'une absorption copieuse de nourriture. Dans le cas de Clément, le malade, étant en permission, avait

fait pas mal de libations et s'était livré le même jour à une course rapide de 8 kilomètres; dans celui de Marcus, le soldat avait, dans la journée qui précéda le début des accidents, avalé gloutonnement 2 ou 3 kilos de raisins.

Certaines malformations ou dispositions anormales de l'intestin peuvent aussi favoriser la production de l'enroulement. Dans un fait de Walsham [1] l'autopsie d'un homme, mort d'occlusion aiguë, montra une malformation du gros intestin qui avait la forme d'un U à concavité supérieure : il n'y avait ni côlon ascendant, ni côlon transverse; le cæcum était sur la ligne médiane, contigu à la colonne vertébrale, et offrait un volvulus spontané; dans un cas de Langerhans, une moitié du pylore d'un estomac en sablier avait tourné sur lui-même en créant un étranglement interne.

En somme le volvulus est fréquent sur l'S iliaque (2/3 des cas d'après Trèves), assez rare sur le cæcum et le côlon ascendant, et exceptionnel sur l'intestin grêle. Il peut être simple, double ou triple, suivant le nombre de spires exécutées autour du pivot; dans un cas de Lyot [2], une anse du gros intestin, tordue au niveau de son pédicule situé au voisinage de la symphyse sacro-iliaque droite, formait 2 tours et demi; dans ceux de Clément et de Catrin, le gros intestin avait tourné deux fois sur lui-même.

Quand la rotation d'un segment du conduit digestif se fait autour d'une ou de plusieurs autres anses intestinales, les entrelacements ou les nœuds qui en

1. Walsham, *Brit. med. jour.*, 1888.
2. *Bullet. de la Soc. Anat.*, 1892.

résultent présentent parfois une disposition tellement enchevêtrée que, même sur la table d'autopsie, il est impossible de les désagréger ou de les dénouer.

Si, comme Levêque l'a expérimentalement démontré, des enroulements peuvent être produits, sur le cadavre, sans amener au point tordu un étranglement réel interceptant le cours des matières intestinales, sur le vivant il n'en est plus de même, et l'anse pivotante, obturée à ses deux bouts, se distend rapidement sous la poussée des gaz sécrétés ou exhalés dans sa cavité. Wahl a mis ingénieusement à profit la connaissance de ce phénomène dont la constatation, en clinique, rend relativement facile le diagnostic des occlusions par volvulus, et cette dilatation est parfois énorme. Plus ou moins rapidement les tuniques intestinales s'altèrent, s'éraillent, s'ulcèrent, s'infiltrent de sang; fréquemment il se fait dans le péritoine un épanchement sanguin d'abondance variable; dans le cas de Clément, l'abdomen contenait un litre et demi de sang et l'hémorragie avait été déterminée par la rupture d'un vaisseau mésentérique.

Plus communément que les autres variétés le volvulus s'accompagne de péritonite (15 fois sur 17 observations relatant l'état du péritoine. — Trèves). L'inflammation, rarement attribuable aux perforations, débute généralement par l'anse enroulée d'où elle irradie sur toute la séreuse.

Signalons encore la facilité que présente le volvulus à récidiver, accident rendu aisément explicable par l'allongement persistant du mésentère et le poids de l'intestin en état de réplétion, et enfin les difficultés qu'on éprouve souvent soit à obtenir la réduction de l'anse enroulée quand ses adhérences la maintiennent

dans sa position vicieuse, soit à la fixer en situation convenable lorsqu'elle est détordue par la main du chirurgien.

II

INVAGINATION ÉTRANGLÉE.

L'invagination, c'est la pénétration en doigt de gant d'une partie de l'intestin dans une autre partie. Quand le bout supérieur d'une anse intestinale glisse dans le segment avec lequel il se continue, on dit qu'il y a *intussusception*, *invagination interne ou progressive*; dans le cas contraire (anse inférieure coiffée par la portion supérieure) on donne à ce déplacement le nom *d'invagination de bas en haut ou rétrograde* (Hunter).

Une coupe transversale d'une anse d'invagination montre un canal central plus ou moins dévié, de forme linéaire, entouré de 3 cylindres emboîtés l'un dans l'autre : 1 externe, 1 médian, 1 interne. Le repli servant de transition entre les deux cylindres externes s'appelle collier de l'invagination : il est visible à l'extérieur; celui qui sert de limite commune aux cylindres médian et interne a reçu le nom de tête de l'invagination : il est caché par la paroi engainante. Le mésentère en s'insinuant entre les deux cylindres externes s'oppose plus ou moins fortement à la progression du déplacement, en même temps que, par sa tension, il détermine une courbure de tout le segment de pénétration dont la concavité regarde l'insertion mésentérique.

L'invagination peut être double ou même triple

(Bucquoy); parfois le déplacement existe en deux points différents du tube digestif (cas de M. Dieu)[1]. Le gros intestin en est le siège deux fois sur trois, particulièrement dans la portion iléo-cæcale (44 fois sur 100, d'après Leichtenstein).

Très fréquentes, surtout dans la première année de la vie, chez les enfants, où elles sont prises souvent pour des entérites infantiles, les invaginations constituent environ le tiers des cas des occlusions en général; Farqhar Curtis, sur 295 observations recueillies depuis 1880, a trouvé 93 intussusceptions. Si elles se montrent d'une façon sensiblement égale chez les adultes des deux sexes de 30 à 50 ans, chez les enfants elles atteignent plus souvent les garçons que les filles, dans la proportion de 6 contre 1 (Rilliet).

Les entérites chroniques, les aliments lourds et indigestes, les ascarides, les chutes, les sauts, les coups sur le ventre, l'ingestion de boissons très froides, le froid humide principalement paraissent favoriser la production du déplacement. Les drastiques pris abusivement constitueraient aussi, d'après Bieford et Wieger, des agents producteurs actifs.

L'invagination peut n'entraîner que des accidents à marche prolongée que Rafinesque a magistralement décrits dans sa thèse sous le nom *d'invagination chronique*, mais qui ne rentrent pas dans le cadre de cette étude. Par contre, le collier vient-il, à la manière d'un anneau étreignant le collet d'une hernie externe, à étrangler le cylindre invaginé, alors se déroulent les phénomènes graves de l'occlusion aiguë; si, chez les enfants, l'étranglement survient presque toujours en

1. *Arch. de méd. militaire*, 1894.

même temps que le déplacement se constitue, chez les adultes il est ordinairement l'aboutissant d'une invagination demeurée plus ou moins longtemps à l'état de chronicité. Dans quelques cas rares, la strangulation, au lieu d'être déterminée par le collier, pourrait être causée par l'anneau musculaire de la valvule de Bauhin, si une anse plus ou moins longue de la terminaison de l'iléon est venue à franchir l'ouverture iléo-cæcale. Dans ces conditions, l'étranglement, au lieu de se répartir sur une large surface suivant le mécanisme ordinaire, se localiscrait à un espace circonférentiel limité, et la striction serait si énergique que nulle traction ne pourrait dégager la portion invaginée.

Quoi qu'il en soit, dès le resserrement opéré, l'inflammation s'empare de la zone de déplacement : les surfaces séreuses accolées contractent entre elles des adhérences, le boudin invaginé se tuméfie, s'œdématie, s'ecchymose, et, ainsi qu'il arrive aux hernies étranglées abandonnées à elles-mêmcs, se perfore et se gangrène; des phénomènes analogues, déterminés et par la pression excentriquc et par la traction continue du mésentère qui rend plus intimes les contacts, se déclarent du côté du cylindre invaginant.

Quand les processus ulcératifs ou gangréneux, qui se déclarent dans un sixième des cas environ et plus fréquemment chez les adultes que chez les enfants, restent limités à la portion interne et dans la zone sous-jacente au collier, fait le plus fréquent, ils peuvent aboutir à une heureuse terminaison, les adhérences séreuses s'opposant à l'effusion du contenu intestinal dans le péritoine et la guérison pouvant succéder à l'élimination du boudin interne sphacélé;

mais quand les perforations s'effectuent au-dessus du collier, l'effusion des matières stercorales dans la grande séreuse est inévitable.

La gangrène du cylindre interne peut aussi entraîner parfois les accidents les plus graves, si sa séparation d'avec le vif se fait avant que des adhérences solides se soient établies entre les surfaces séreuses accolées, ou si les adhésions encore peu résistantes viennent à se rompre sous l'influence d'un effort, d'une alimentation défectueuse ou de certaines interventions thérapeutiques intempestives.

Notons enfin que les perforations se font parfois très rapidement; dans un cas de Goupil, elles existaient au quatrième jour. C'est, du reste, surtout le degré de la constriction et sans doute aussi, comme nous le verrons plus loin, la virulence plus ou moins considérable des bactéries de l'intestin, qui décident de la rapidité d'apparition des perforations plutôt que la durée du temps écoulé depuis le début de l'invagination.

III

FLEXIONS ANORMALES ET ADHÉRENCES.

« Lorsqu'une portion d'intestin, dit Besnier, a contracté avec les parties voisines des adhérences morbides, elle est partiellement frappée d'une immobilité qui apporte un obstacle plus ou moins considérable à la libre circulation des matières. Si à ces conditions défavorables viennent se joindre des inflexions plus ou moins prononcées et plus ou moins multipliées de

la portion d'intestin adhérente, l'obstacle au cours des matières peut devenir complet et amener la mort par lui-même. »

C'est des accidents de ce genre que nous devons parler ici, sans y insister toutefois longuement, car les coudures et adhérences déterminent plus fréquemment les formes chroniques que les formes aiguës de l'occlusion.

Sous l'influence d'une adhérence d'un point du bord convexe de l'intestin à la paroi abdominale ou à un viscère avoisinant, de modifications dans la structure anatomique des tuniques, de fusions plus ou moins intimes des deux portions d'une anse, il peut se produire sur la face mésentérique de l'intestin une flexion ou coudure permanente, entraînant la formation d'un éperon saillant dans la lumière du conduit et susceptible d'intercepter complètement la circulation des matières. C'est ainsi que les inflammations des organes intra-abdominaux ou de la grande séreuse, les adhérences contractées par les hernies irréductibles ou étranglées et non détruites avant la réduction opératoire, sont susceptibles d'amener des occlusions aiguës par obstacle matériel. Sans doute ces inflammations (péritonites, appendicites, ou les laparotomies) déterminent fréquemment de faux étranglements; mais plus souvent peut-être qu'on ne le croit, et c'est là une remarque qui mérite d'attirer toute l'attention du praticien, c'est une occlusion réelle qu'elles peuvent engendrer; dans un cas de Renaut[1] terminé par la mort, une psoïtis suppurée avait amené des adhérences du côlon descendant qui, sur une

1. *Arch. de méd. militaire*, 1894.

longueur de quinze centimètres, était fusionné avec la gaine du muscle. Des phénomènes d'obstruction aiguë survenus à la suite de laparotomies faites pour des lésions de l'utérus ou des annexes, et dus à des adhérences ou des coudures, sont signalés dans trois observations, deux de Quénu, une de Sébileau; Obalinski a rapporté, de son côté, trois cas d'étranglement consécutifs à une laparotomie : l'ouverture du ventre, faite dans les trois cas, lui montra, deux fois, que l'obstacle était constitué par des adhérences de l'intestin. On peut voir éclater ces accidents sous l'influence des mêmes agents dans la péritonite tuberculeuse. D'après Lejars[1], les adhérences créées par cette dernière affection sont d'ordinaire assez courtes et figurent une sorte de réticulum qui fixe un point de l'intestin, le coude et le plicature, d'où distension du bout supérieur et arrêt stercoral. Cet auteur rapporte l'observation d'un homme de 34 ans traité pour coxalgie qui, subitement, fut pris de vives douleurs abdominales auxquelles succédèrent des vomissements bilieux puis fécaloïdes, de l'hypothermie avec suppression absolue des selles, etc. ; la laparotomie, pratiquée au cinquième jour, fit découvrir une péritonite granuleuse et une bride médiane et verticale reliant le mésentère à la paroi en formant une sorte de cloison qui, du reste, n'exerçait aucune pression sur les viscères; mais, en suivant l'intestin rétracté, on trouva, à la partie supérieure de l'abdomen et à peu de distance du duodénum, une double coudure amenée et maintenue par une adhérence allongée.

D'après Hallé, les coudures de l'intestin grêle se ren-

1. *Gazette des hôpit.*, déc., 1891.

contrent beaucoup plus souvent chez la femme de 20 à 30 ans que chez l'homme (5 fois sur 7), ce qu'explique la fréquence chez elle des inflammations de la région pelvienne. Les adhérences sont le plus souvent néomembraneuses, fibreuses ou celluleuses et l'obstacle siège ordinairement à la terminaison de l'intestin grêle. Comme aspect, la coudure présente généralement la disposition suivante : une anse d'intestin grêle plonge dans l'excavation du bassin, adhère en un point du plancher pelvien, se coude brusquement au niveau du point adhérent et remonte verticalement vers le cæcum ; une occlusion complète existe au niveau de la coudure.

Potter a signalé un cas remarquable d'obstruction aiguë qui nécessita la laparotomie ; on ne trouva rien au cours de l'opération. A l'autopsie on découvrit une inflammation de l'iléon ayant amené une production d'exsudats qui soudaient les deux bords de la valvule de Bauhin, de telle sorte que l'iléon et le cæcum ne communiquaient plus que par un orifice de la grandeur d'une tête d'épingle.

D'après Senn, la flexion, même à angle aigu, ne pourrait guère donner lieu aux signes de l'étranglement, à moins que l'intestin, au point fléchi, ne soit plongé dans une masse inflammatoire empêchant la dilatation compensatrice de se produire. Mais si l'on réfléchit que cette dilatation, quand elle a la liberté de s'établir, amène des modifications plus ou moins notables dans les rapports réciproques des anses, on conçoit que, même avec une aisance relative dans son développement, le segment intestinal fléchi finira tôt ou tard par présenter une occlusion absolue.

COMPRESSIONS

I

BRIDES PLEINES ET BRIDES CREUSES.

Les brides pleines, et l'cxpression se passe de définition, peuvent être celluleuses, pseudo-membraneuses, fibreuses, mésentériques, épiploïques ou péritonéales; ces brides, d'après Fitz, seraient plus souvent constituées par les vaisseaux omphalo-mésentériques, oblitérés ou non (21 fois sur 295 cas), que par des exsudats consécutifs à la péritonite.

L'épiploon roulé en corde (faits de Vidal, Barth), ou bien une frange épiploïque adhérente à la paroi abdominale, au voisinage de l'ombilic ou d'un orifice herniaire, et même au mésentère (cas de Berger), peuvent jouer le rôle d'une bride.

Cette même remarque s'applique soit à des replis du mésentère (cas de Baudoin)[1], soit au mésentère lui-même. Ainsi Kundrat[2] a vu trois fois lc duodénum étranglé par cette membrane; il admet que l'étranglement est alors causé par une disposition spéciale du mésentère et par le prolapsus de la masse intestinalc qui l'attire en bas, prolapsus dû au relâchement de la paroi abdominale. Chez les malades que Kundrat a observés, l'intestin en totalité descendait

1. *Arch. de méd. militaire*, 1894.
2. *Soc. méd. de Vienne*, fév. 1891.

dans le bassin; un des patients mourut en 36 heures : il était convalescent de malaria et de dothiénentérie ; un autre, après avoir été laparotomisé par Hochenegg qui remit les parties déplacées en bonne position, mourut avec des signes de récidive que l'autopsie montra réelle.

Constituées soit par les vestiges des vaisseaux de l'état embryonnaire, soit par les exsudats de péritonites, pelvi-péritonites (d'où leur fréquence chez la femme), ou plus rarement de pérityphlites, ces brides sont tantôt courtes, tantôt longues, libres ou adhérentes; leur diamètre variable ne dépasse pas généralement un demi-centimètre; dans un cas de Terrier la bride avait le volume du petit doigt. Quant à leur résistance et à leur vascularité, elles sont en général très peu considérables.

Les brides creuses sont constituées par l'appendice iléo-cæcal, le pédicule d'un kyste ovarique, la trompe utérine et surtout par des diverticules intestinaux, particulièrement le diverticule de Meckel; Beaugrand, sur 65 cas, a rencontré 12 fois cette variété; on la trouve mentionnée 3 fois dans les 14 cas colligés par Nimier[1].

Le diverticule de Meckel se rencontrerait dans la proportion de 2 pour 100, d'après Augier[2] qui l'a recherché sur près de 400 cadavres pris au hasard; c'est un vestige du conduit vitellin; constitué par le pédicule qui a persisté, il s'insère constamment sur l'iléon à distance variable de la valvule de Bauhin. Implanté ordinairement sur la face convexe de l'intestin, quel-

1. *Loc. cit.*
2. *Thèse*, Paris 1888.

quefois sur le bord mésentérique (cas de Cazin[1], etc.), il présente une longueur de 2 à 16 centimètres et se termine par une extrémité arrondie, conique ou renflée en champignon, libre ou adhérente au pourtour de l'ombilic, au mésentère ou à l'intestin lui-même. Ces adhérences peuvent être le résultat d'une inflammation antérieure ou le reste d'un état embryonnaire; dans un cas de Bayle[2], le diverticule, naissant à 66 centimètres en amont de la valvule iléo-cæcale, s'insérait, en se recourbant en crochet, à l'ombilic et présentait avec l'ouraque, la veine et les artères ombilicales des rapports intéressants.

Que l'étranglement soit produit par une bride ou un diverticule, le mécanisme des accidents est le même dans les deux cas. Quand ces agents de l'occlusion sont libres et suffisamment longs, ils peuvent s'enrouler autour d'une anse intestinale à la manière d'un lasso, et arrêter, par la striction qu'ils exercent, la circulation des matières. Lorsque le diverticule est dilaté en champignons à son extrémité terminale, ce renflement, d'après Parise, jouerait le rôle du nœud qu'on établit d'abord sur l'un des chefs d'un nœud coulant pour en assurer la solidité, et une anse intestinale venant alors à s'engager dans la boucle, sa dilation ultérieure, renforcera de plus en plus la solidité du nœud; ainsi, on s'explique comment, le cours des matières n'étant, tout d'abord, que ralenti, l'arrêt devient absolu, par la suite, et le nœud indénouable spontanément, bien que, dans un cas de Nélaton, un de Lafaye et un autre de Doubre (*in mémoire* de

1. *Bull. Soc. Anat.*, juin 1893.
2. *Arch. de méd. militaire*, 1894.

Nimier), l'autopsie ait démontré que la bride présentait un commencement de rupture.

Le nœud diverticulaire pent être à anse simple ou à anse double ; quelquefois l'enlacement est inextricable : Augier rapporte le fait d'une autopsie dans laquelle on rencontra la disposition suivante : « En saisissant l'intestin au-dessous du point où s'opère la constriction, en suivant peu à peu les circonvolutions, on voit que le diverticule passe une première fois sous la ligature, puis décrit une grande circonvolution, passe dans une seconde bride rapprochée de la première anse avec laquelle elle cst parallèle, fait un trajet de 3 centimètres pour repasser une deuxième fois sous la première, décrit encore une circonvolution assez étendue, vient repasser une troisième fois sous la première bride mais en sens inverse des deux premières fois, et enfin, après un trajet de 2 centimètres, arrive au cæcum. »

La raison pour laquelle la plupart des individus porteurs de diverticules échappent à l'étranglement tient à la situation du diverticulum, qui flotte à la surface de la masse intestinale et dont l'extrémité sphérique est toujours tournée en haut.

Quand les brides, pleines ou creuses, adhèrent à leurs deux extrémités, elles déterminent l'occlusion aiguë en formant soit des ponts ou arcades sous lesquels l'intestin s'étrangle comme dans un anneau, soit une corde sur laquelle, à la manière du linge mis au sec, une anse se suspend et se tord ; dans les cas d'Auffret[1] et de Bayle, cette disposition était des plus

1. *Arch. de méd. navale*, 1885.

nettes; dans un fait de Lebec[1] une bride péritonéale passait en travers du rectum sans le comprimer, faisant simplement l'office d'un support sur lequel l'intestin retombait en se coudant; la coudure s'accentuant davantage à mesure que le rectum se remplissait, l'occlusion avait fini par être absolue.

Un autre mécanisme d'étranglement est celui que signale Augier : un diverticule long de 7 centimètres, légèrement incurvé à son sommet, était rempli de matières fécales semi-liquides qui avaient causé le basculement de l'appendice, la torsion sur l'axe de l'intestin et l'occlusion de la lumière du conduit digestif; dans une observation de Gilette, les phénomènes se sont produits d'une façon à peu près analogue.

Assez fréquemment, chez le même sujet, on peut observer la coexistence de brides et d'un diverticule, remarque qui a son importance au point de vue du traitement. Quant à l'appendice vermiforme, libre il pourra former des spirales ou des nœuds; adhérent soit à l'intestin, au cæcum ou à l'ovaire (cas de Risdon Bennet) il agira à la manière d'une bride fixée. Sur 295 observations recueillies par Farqhar Curtis[2], l'appendice devait être incriminé 6 fois.

1. *France médicale,* 1889.
2. *Annals of surgery*, 1888.

II

OUVERTURES ANORMALES OU ACCIDENTELLES INTRA ABDOMINALES. HERNIES INTERNES.

L'occlusion aiguë peut succéder à l'étranglement d'une anse intestinale dans une ouverture accidentelle du mésentère, du mésocôlon, de l'épiploon, du diaphragme; mais c'est là un accident rare. Couderc a rapporté à la Société anatomique (1888) l'observation d'un homme qui, brusquement, fut pris des symptômes de l'occlusion aiguë, et à l'autopsie duquel on trouva une portion de l'iléon engagée dans une éraillure du grand épiploon. Dans un cas de Graux [1], le jéjunum traversait le mésentère très près de la colonne vertébrale, vis-à-vis du pancréas : l'ouverture, semblable à une déchirure, n'offrait dans son contour ni induration ni rougeur; l'anse d'intestin était remplie et infiltrée de sang; Rusthon Parker [2] a opéré un jeune homme qui eut deux attaques successives d'occlusion : la première parut être purement dynamique et dépendre d'une péri-typhlite, elle guérit spontanément; la deuxième, survenue 8 à 10 jours après, nécessita la laparotomie au cours de laquelle Parker trouva une anse iléale engagée dans une perforation du mésentère, consécutive, d'après lui, à la pérityphlite.

Il est quelquefois bien difficile de dire où siège l'ouverture; au cours d'une laparatomie pour étrangle-

1. *Gaz. méd. de Paris*, 1857.
2. *Brit. med, jour.*, déc. 1893.

ment, Routier, ayant introduit la main dans le ventre, sentit un corps dur ressemblant à un demi-disque de bois, de 15 centimètres environ de diamètre; l'intestin paraissait plongé dans un trou analogue à un collet herniaire; en le dégageant de cette incarcération on fit disparaître en même temps le corps discoïde de consistance ligneuse senti tout d'abord. Dans une laparatomie pratiquée par Trélat, on trouva que l'S iliaque passait par-dessus le mésentère et, après l'avoir franchi, plongeait dans un large orifice de 4 doigts, ouvert sur la face droite de la membrane, et que l'on supposa d'origine congénitale.

Un cas bien curieux, unique, croyons-nous, dans la science, et qui mérite d'être rapporté brièvement, a été dernièrement publié par Rivet[1]; l'occlusion était produite par le pincement de l'intestin entre deux fragments osseux: un soldat tombe d'un premier étage et se fait une fracture de la colonne vertébrale, au niveau des deuxième et troisième vertèbres lombaires. Trois jours après l'accident, apparaissent des vomissements composés des aliments que le blessé a ingérés avant la chute; un lavement amène une selle bien moulée. Le quatrième jour, les vomissements sont verdâtres, répétés; le pouls est petit, fréquent (120), la température assez basse (36.8), le ventre ballonné, tendu, douloureux au point que le poids des couvertures devient intolérable; pas de selles; on songe à une péritonite. La mort survient à la fin du cinquième jour, précédée de vomissements porracés et du développement d'un tympanisme abdominal marqué, surtout au niveau de la zone supérieure du

1. *Arch. de méd. militaire*, août 1894.

ventre. A l'autopsie on trouve : des ecchymoses infiltrant la trame du mésentère qui, tordu dcux fois sur lui-même dc haut en bas et d'avant en arrière, représente une sorte de pédicule au bout duquel est attenante, comme une grappe, la masse de l'intestin grêle réduit au calibre d'un intestin d'enfant; au-dessous du pédicule tordu passe une portion d'intestin très dilaté qui, s'engagcant à travers une déchirure longitudinale du feuillet péritonéal profond, est pincée étroitement entre les corps des deuxième et troisième vertèbres lombaires disjointes en avant. Pour dégager l'anse on fut obligé d'écarter ces vertèbres l'une de l'autre en opérant une traction sur le cadavre simultanément saisi par les épaules et les pieds : l'étranglement siégeait à 75 centimètres du duodénum.

Plus fréquemment, les hernies internes se font dans des diverticules péritonéaux s'engageant profondément sous un organe; les fossettes correspondant à ces diverticules sont situées derrière la grande cavité péritonéale et communiquent avec elle par un orifice de grandeur variable; une anse intestinale s'y engage d'abord à vide et s'y incarcère ultérieurement sous l'influence de la réplétion. Jonnesco[1]; qui a publié sur ce sujet un travail très documenté, a divisé les hernies internes en 4 classes :

1° Hernies à travers l'hiatus de Winslow; siègeant dans l'arrière cavité.

2° Hernie duodénale développée dans les fossettes de la région duodénale.

1. *Hernies internes*. Paris, 1890, Steinheil.

3° Hernies péricæcales ; siégeant dans la fosse péricœcale.

4° Hernies intersigmoïdes; siégeant dans la fossette intersigmoïde.

Cet auteur a réunis 87 cas de hernies ainsi répartis :

64 Hernies duodénales.
12 Hernies péricæcales.
3 Hernies intersigmoïdes.
8 Hernies à travers l'hiatus de Winslow.

19 de ces hernies amenèrent l'occlusion aiguë, soit :

8 Hernies duodénales.
7 Hernies péricæcales.
1 Hernie intersigmoïde.
3 Hernies à travers l'hiatus de Winslow.

Ces hernies ont pour caractères primordiaux :

A. D'être munies d'un véritable sac péritonéal.

B. De siéger dans la cavité abdominale.

C. De se développer dans le tissu cellulaire rétropéritonéal.

D. De se former dans une fossette péritonéale normale préexistante.

On peut faire rentrer dans le groupe les hernies diaphragmatiques que Duplay divise en trois variétés :

1° Les hernies congénitales dépourvues d'un vrai sac, siégeant ordinairement à la partie postérieure d'une moitié du muscle (à gauche principalement) et coexistant parfois avec des déformations thoraciques.

2° Les hernies spontanées munies d'un sac à collet large et qui se font soit par une ouverture normale élargie graduellement sous l'action d'efforts répétés, soit par écartement ou éraillure des fibres du diaphragme.

3° Les hernies traumatiques privées de sac et s'étranglant fréquemment dans l'orifice à bords calleux qui persiste à la suite des plaies et ruptures du muscle.

Adelmann et Brodie (*Lancet* 72) ont signalé chacun un cas d'occlusion consécutive à une hernie de l'intestin à travers une fente congénitale du rectum.

Nous devons comprendre aussi dans cette étude les étranglements aigus qui, se font dans d'anciens sacs herniaires déshabités et ceux qui sont consécutifs au pincement latéral de l'intestin. Ces pincements, qui donnent lieu très fréquemment à des occlusions à marche foudroyante (*incarceratio-acutissima* de Pitha), se rencontrent principalement chez les femmes, sur l'intestin grêle et au niveau de l'anneau crural. Ils passent souvent inaperçus et donnent lieu à des erreurs graves de diagnostic et de traitement. Albert en signale quelques cas intéressants : une femme de 30 ans ayant succombé rapidement à des accidents d'étranglement aigu dont l'origine resta méconnue, l'autopsie montra une péritonite suppurée consécutive à la perforation d'une anse intestinale étranglée dans les deux tiers de sa circonférence par l'anneau crural ; un homme de 57 ans étant mort brusquement avec les signes apparents d'un empoisonnement, on trouva, après ouverture de l'abdomen, un pincement de l'intestin au niveau de l'anneau inguinal interne ; dans un fait de Schreiber, le malade présentait des symptômes péritonitiques que l'on attribua à un étranglement in-

terne et, dans la région inguinale, une petite tumeur du volume d'une noisette qui fut prise pour un ganglion enflammé mais que la nécropsie montra constituée par un pincement inguinal étendu.

III

COMPRESSION PAR TUMEURS DIVERSES

Nous n'en parlons que pour mémoire. Les tumeurs abdominales ou certains viscères déplacés n'engendrent habituellement que des phénomènes chroniques d'étranglement. Quand elles amènent l'occlusion aiguë, c'est par l'intermédiaire des brides ou des adhérences qui les accompagnent, ou d'une péritonite surajoutée.

OCCLUSIONS DYNAMIQUES AIGUËS OU PSEUDO-ÉTRANGLEMENTS

En 1857, Masson dans sa thèse inaugurale écrivait : « Dans aucun des cas où la mort a suivi les symptômes de l'occlusion intestinale, il n'est arrivé qu'on n'ait pas rencontré à l'autopsie la cause mécanique qui avait dû produire ces symptômes. » Des faits nombreux sont venus, depuis lors, infirmer cette proposition. Qu'elle soit duc, comme quelques rares auteurs l'ont admis, à une contracture spasmodique localisée ou non de l'intestin, ou, suivant l'opinion commune,

à des troubles paralytiques, l'occlusion dynamique aiguë a pris aujourd'hui en clinique une importance considérable dont elle est redevable, en grande partie, à Henrot dont les travaux ont projeté sur ce sujet une si vive lumière.

Les pseudo-étranglements peuvent survenir : 1° dans certaines inflammations du péritoine ou des organes avoisinants; 2° à la suite de certaines opérations, laparotomies, kélotomies; 3° dans diverses affections du système nerveux central; 4° sans qu'aucune cause générale ou locale puisse être incriminée.

1° Les péritonites aiguës circonscrites ou généralisées, principalement les péritonites par perforation, certaines formes de péritonite tuberculeuse, les entérites aiguës, typhlites, pérityphlites, appendicites, les inflammations du testicule en ectopie sont susceptibles d'amener une occlusion dynamique aiguë dont le diagnostic est souvent malaisé. Nombreux sont les cas dans lesquels, le praticien ayant cru à un étranglement aigu par obstacle matériel, l'opération ou plus souvent l'autopsie ont démontré une inflammation péritonéale, une perforation de l'appendice iléo-cæcal, de la vésicule biliaire, de l'estomac, etc.; l'étude détaillée de cette question viendra, du reste, plus à propos dans le chapitre consacré au diagnostic de l'étranglement.

Les formes ascitique et miliaire de la péritonite tuberculeuse engendrent parfois des accidents si intenses et si brusques d'occlusion que l'on conclut à la nécessité d'une intervention opératoire immédiate, alors que la paralysie intestinale est seule en cause. Lejars a rencontré un cas de ce genre; la seule ouverture du ventre suffit pour faire disparaître les accidents.

Les entérites aiguës, principalement, d'après Jalaguier, les typhlites, colites, l'entérite causée par l'exposition au froid, surtout quand elle survient après le repas, alors que la digestion est en pleine activité, donnent lieu plus souvent qu'on ne le croit généralement à ces faux étranglements si embarrassants dans la pratique et d'une pathogénie si obscure. Demnler[1] a relaté une observation d'occlusion aiguë liée à une entérite produite par un exanthème scarlatiniforme : un homme en bonne santé fut, après un repas composé de viandes et de fraises, pris subitement de violentes coliques avec diarrhée profuse et vomissements bilieux ; la diarrhée cesse en quelques heures. Le lendemain, absence de selles, ventre légèrement ballonné, douleur à la pression sur le trajet du côlon ascendant, surtout au-dessus de l'appendice cæcal, vomissements; la gorge est un peu rouge ; T. 39 : rien sur la peau. Dans la journée, le ballonnement du ventre augmente; abdomen très sensible; relief léger du gros intestin; un vomissement fécaloïde; facies un peu altéré; T. 38 le soir. Au troisième jour les accidents disparaissent : en même temps apparaît un exanthème scarlatiniforme ; un lavement amène deux selles. Demnler ajoute, en remarque, avoir déjà constaté des vomissements fécaloïdes dans un cas d'entérite grave liée à une congestion du foie. Dans un fait de Peter[2], cet auteur impute l'étranglement à la contusion d'une anse intestinale par un bandage mal fait, d'où inflammation, irritation et spasme d'un segment de l'intestin; disons que la pathogénie des acci-

1. *Progrès médical*, déc. 1890
2. *France médicale*, 1875.

dents pourrait être, dans le cas présent, interprétée d'une façon différente ; quoi qu'il en soit voici l'observation en quelques mots : un homme de 24 ans porteur d'une hernie inguinale droite est pris, quatre jours avant son entrée à l'hôpital, d'une douleur vive dans le ventre, puis de frissons et malaises qui se calment d'abord ; les jours suivants, nausées, vomissements bilieux et aqueux ; absence absolue de gaz et de selles. Au quatrième jour, les vomissements étaient jaunâtres, sans odeur fécaloïde, le ventre ballonné, dur et douloureux, le visage pâle, amaigri, la peau froide : la percussion abdominale donnait un son tympanique, excepté au niveau de la fosse iliaque gauche. Pouls petit à 66, T. 38.3. L'inspection du canal inguinal montra qu'il était libre mais qu'il contenait cependant une petite masse de consistance molle qu'on pouvait refouler dans le ventre et qui donnait assez bien l'idée d'une anse intestinale vide ou d'un sac herniaire déshabité. Les accidents disparurent par l'emploi de la glace intus et extra, mais quelques heures avant la débâcle les vomissements étaient devenus nettement fécaloïdes.

L'inflammation du ganglion de Cloquet, du testicule en ectopie, peut être une cause d'accidents ; Valette a rapporté à la Société de chirurgie le cas d'un terrassier de 21 ans qui, à la suite d'une ascension brusque du testicule droit dans l'aine, consécutive à un violent effort, présenta une douleur aiguë à la région inguinale, des coliques, des vomissements bilieux puis fécaloïdes, un ventre ballonné et douloureux à la pression ; la castration amena une guérison rapide.

2° A la suite de laparotomies pratiquées même pour des étranglements, de kélotomies, d'opérations d'anus

contre nature, on peut voir éclater ou persister les symptômes aigus de l'occlusion; les malades succombent et, à l'autopsie, malgré toutes les recherches, on ne peut trouver la moindre trace d'une constriction pouvant expliquer les accidents. Olshausen qui, à la suite de laparotomies, a observé deux morts par obstruction, ne put leur attribuer d'autre cause qu'une paralysie intestinale entraînant l'absorption du contenu décomposé du tube digestif, d'où l'issue fatale. Kocher, Reichel, Nothnagel, Luderitz ont montré qu'après une laparotomie faite pour une occlusion mécanique et ayant permis la levée de l'obstacle, les symptômes peuvent persister quand le ballonnement a causé, par la distension extrême, la paralysie de l'intestin.

3° L'hystérie, la paralysie générale, l'ataxie locomotrice, l'épuisement nerveux peuvent créer l'occlusion dynamique. Cas d'Henrot : un homme de 40 ans, ataxique, présente subitement les signes de l'étranglement interne avec constipation opiniâtre, vomissements bilieux puis fécaloïdes; mort en 4 jours. L'autopsie ne montre que les lésions ordinaires du tabes. Semnola[1] a communiqué à l'Académie de médecine un fait d'occlusion imputable, d'après lui, à l'épuisement nerveux : un jeune homme en pleine convalescence de typhlite est pris d'une diarrhée qui cesse dans les 24 heures et à laquelle succèdent des douleurs intestinales atroces et des vomissements, de la constipation, de l'oligurie, puis une ischurie complète au 3e jour des accidents. Semnola diagnostique une occlusion aiguë par défaut d'innervation se basant

1. *Bull. Acad. de méd.*, sept. 1891.

sur : le début brusque de la douleur et des phénomènes d'étranglement : la forme paroxystique de la douleur et les périodes de calme relatif entre deux crises, pendant lesquelles le ventre était assez malléable, la pression ne réveillant pas de douleurs : la saillie des anses changeant de place à chaque crise : le développement des accidents suivant l'ingestion de purgatifs répétés et la diarrhée de la veille : l'existence d'une paralysie vésicale survenue tout d'un coup sans affection des organes génito-urinaires, enfin le caractère névropathique du malade. L'électricité suffit à amener la guérison.

4° Nombreux sont les cas où l'on n'a pu, malgré l'étude clinique approfondie du malade, et même après la laparotomie ou l'autopsie, déceler la cause déterminante de l'étranglement. Berger, appelé devant un malade atteint d'occlusion aiguë, ne se décide pas à l'opérer : mort. Rien à l'autopsie. Buchanan[1] voit une femme de 29 ans ayant des vomissements fécaloïdes, la voix éteinte, les extrémités froides, le pouls petit, le ventre douloureux et distendu; il la laparatomise le 3e jour après le début des accidents, ne trouve rien et referme le ventre; le surlendemain la malade allait à la selle et était guérie. Péan, dans un cas analogue, termine par un anus contre nature qui plus tard se referme spontanément. Verneuil[2], soupçonnant l'existence de brides chez une femme atteinte autrefois de pelvi-péritonite, ouvre le ventre, ne trouve rien et fait alors l'entérotomie : mort. Reclus[3], chez un homme de 71 ans présentant une

1. *Brit. med. jour.*, sept. 1892.
2. *Bull. Soc. chirurg.*, 1887.
3. *Bull. Soc. chirurg.*, 1887.

crise aiguë succédant à des accidents chroniques, croit à l'existence d'un cancer intestinal et fait l'anus artificiel, opération qui n'est pas suivie d'issue de gaz ou de liquide; une débâcle survient au 7e jour, le malade guérit complètement et rien ne vient ultérieurement démontrer l'existence d'un cancer. Dans un cas d'Henrot, un homme est pris tout à coup de coliques violentes, avec crampes, auxquelles succèdent des vomissements bilieux puis fécaloïdes, une constipation absolue, un ballonnement considérable du ventre; la mort arrive au 5e jour et l'autopsie montre que le péritoine et l'intestin sont absolument sains.

La pathogénie de ces accidents est encore entourée de bien des obscurités. S'il est plausible d'admettre que, dans quelques cas, la détente brusque des intestins ballonnés, au moment de l'ouverture du ventre, a pu dégager un volvulus ou une coudure, avant que l'opération ait permis de les reconnaître; si, comme Obalinski[1], Quenu[2], Lejars, etc., l'ont vu, les péritonites ou les laparotomies peuvent créer une occlusion; si certains faits, comme ceux de Semnola, Peter, sont susceptibles d'une autre interprétation que celle que leurs auteurs ont donnée, l'existence des occlusions aiguës purement dynamiques n'en est pas moins réelle.

Henrot et nombre d'auteurs avec lui admettent que la cause essentielle de l'arrêt du cours des matières réside dans une perversion de l'innervation de l'intestin, dans des troubles paralytiques des tuniques musculaires. Il est probable que les agents microbiens

1. *Arch. f. klin. chir.*, 1888.
1. *Gaz. des hôpit.*, 1884.

du tube digestif, dont nous parlerons plus loin, sont susceptibles d'amener ou de continuer une occlusion aiguë par les actions réflexes qu'ils déterminent. Le péritonisme de Gubler, qui se traduit par des accidents nerveux souvent hors de proportion avec la cause qui les a engendrés, ne peut-il pas prendre naissance sous l'influence de bactéries agissant sur un intestin malade (entérites), irrité par les manipulations et les contacts (opérations abdominales), ou souffrant, d'une façon apparente ou non, dans sa nutrition et son innervation (maladies du système nerveux, causes banales de froid, troubles digestifs, ingestion de certains aliments, mauvais état des tissus ?) D'autre part, l'irritation d'organes ou de tissus en connexion avec le grand sympathique, ou avoisinant le péritoine, peut, comme le dit Le Fort, amener l'excitation pathologique de ce nerf et une réaction sur l'intestin par réflexion sur les centres nerveux. Pflügger n'a-t-il pas obtenu l'arrêt des mouvements de l'intestin en opérant une irritation mécanique de la peau de l'abdomen? Cette action paralysante du grand sympathique se produirait aussi bien sur la tunique musculaire de l'intestin que sur ses vaisseaux, occasionnant l'arrêt des matières alimentaires, les phénomènes d'étranglement et la congestion intestinale par stase sanguine.

Quelle que soit la théorie à laquelle on se rallie, il est permis d'admettre que la paralysie peut envahir le conduit digestif dans toute son étendue ou se borner à un segment plus ou moins étendu. Dans ce dernier cas, les matières se conglomèrent au point paralysé, forment obstacle à l'action des anses sus-jacentes, d'où un début de distension rapidement accrue par un développement de gaz qui augmente encore et rend

durable la paralysie préexistante; apparaissent alors des flexions, des coudures dues à la compression des anses avoisinantes et sectionnant le tube intestinal en départements indépendants les uns des autres, si bien que, lorsqu'on vient à ponctionner une des anscs isolées, les autres continuent à rester dilatées et ne se déchargent point de leur contenu dans la portion vidée par le trocart.

Duplay et d'autres avec lui, Folet, Bulteau[1], ont objecté à la théorie de la paralysie que l'existence des vomissements indique la conservation des mouvements antipéristaltiques et par conséquent de la contractibilité intestinale. On peut répondre avec Nothnagel, qui a fait des recherches spéciales sur les mouvements de l'intestin, que les vomissements sont dus à la contraction des muscles abdominaux, refoulant les matières vers l'estomac, seule voie qui demeure libre, et, avec Jalaguier, que la paralysie bornée à un segment du tube digestif suffit pour amener la stase des matières, même si le reste de l'intestin se contracte. Dans un cas de colite avec typhlite, que cet auteur[2] a observé de concert avec Monod et dans lequel l'occlusion était si complète que tous deux crurent à un étranglement par bride ou volvulus, il y avait des contractions intestinales trcs énergiques et très douloureuses pour le malade.

1. *Thèse de Paris*, 1878.
2. *Traité de chirurgie*, t. IV.

OCCLUSIONS MÉCANICO-DYNAMIQUES

Les différents agents d'occlusion que nous avons rassemblés dans ce dernier groupe : calculs biliaires, corps étrangers divers, matières fécales, vers intestinaux, rétrécissements simples ou cancéreux de l'intestin, ne déterminent, dans la très grande majorité des cas. exception faite toutefois pour les calculs biliaires, que des phénomènes chroniques d'étranglement, tant il est rare qu'ils arrivent à obturer complètement la lumière du conduit digestif. Parfois, néanmoins, soit tout à coup et sans que rien jusqu'alors ait décelé leur présence, soit à la suite d'accidents chroniques plus ou moins anciens, ils peuvent déterminer une crise aiguë. Verneuil fit l'entérotomie à une malade ayant depuis 20 ans des phénomènes d'obstruction et qui fut prise subitement d'occlusion aiguë ; l'opérée guérit après avoir rendu des quantités considérables de pépins de figues, dont elle avait avalé plusieurs livres pendant le carême. Routier est appelé pour opérer, sur sa demande, un interne en médecine, qui, brusquement, a présenté des symptômes abdominaux graves ; en 48 heures les vomissements incessants sont devenus fécaloïdes, le ventre est très sensible, le facies grippé, le pouls filiforme, la température s'est même élevée à 38-39° ; deux purgatifs restent sans effet; heureusement qu'un lavement électrique vint amener une débâcle et l'expulsion d'un amas de matières fécales et d'une assez grande quantité d'os de mauviettes non mastiqués. Ledentu a observé un

étudiant atteint d'un étranglement subaigu devenu très grave à un moment donné, qui guérit après avoir rendu un énorme morceau de matières fécales durcies, troué dans son milieu et ressemblant à un gros bouchon percé. Dans un cas de Pye-Smith (*Lancet* 1889), une occlusion aiguë fut causée par une nageoire de poisson arrêtée au-dessus d'un diverticule de Meckel (?) Périer, Duguet, Berger, Galli ont observé de véritables étranglements causés par une accumulation de matières fécales.

Un rétrécissement simple ou cancéreux de l'intestin peut rester latent jusqu'au moment où éclate une crise aiguë; ainsi se passèrent les choses dans un fait de Nicaise : le malade avait été opéré, cinq ans avant, d'un étranglement herniaire. Une femme de 40 ans prise soudainement d'iléus est laparatomisée par Howard Marsh[1], qui trouve un cancer de l'S iliaque. Berger voit avec Gosselin, Périer, Déjerine un malade atteint d'accidents qui font croire à tous à l'existence d'une bride : or, c'était à un cancer que l'on avait affaire. Un cavalier d'une vingtaine d'années (*in* Mémoire de Nimier), après avoir présenté quelques troubles digestifs, entre à l'hôpital pour des symptômes abdominaux graves qu'on rapporte à une péritonite suraiguë tuberculeuse. La laparotomie pratiquée par Billet démontre l'existence d'un cancer infiltrant le côlon ascendant sur une longueur de 10 centimètres.

Ce sont les calculs biliaires qui amènent le plus fréquemment l'iléus aigu. Chose remarquable, et dont nous donnerons l'explication plus loin, des calculs de 4 à 6 centimètres de diamètre ont pu être expulsés

1. *Lancet*, 1879.

spontanément sans accidents tandis que d'autres ne dépassant pas 2 cent. et demi ont entraîné l'occlusion avec issue fatale (Kirmisson et Rochard). Il est bon de savoir que la plupart des cholélithes assez volumineux pour causer l'étranglement aigu ne passent pas dans l'intestin par les voies naturelles, bien que le fait ait été constaté *de visu* par Courvoisier, mais par une communication pathologique qui s'établit entre la vésicule biliaire et un point du tube digestif; dans un cas d'Audry le fond de la vésicule communiquait avec le duodénum par une large ouverture située à quelques centimètres du pylore; le calcul pesait 44 grammes et mesurait 11 cent. et demi de circonférence.

Le cholélithe, arrivé dans l'intestin, s'arrête presque toujours (17 fois sur 32) à la valvule iléo-cæcale qu'il peut toutefois traverser après l'avoir ulcérée ou détruite, ou dans son voisinage. Quand il présente des facettes, il dénonce par cela même l'existence d'autres calculs susceptibles d'amener plus tard à leur tour des accidents d'étranglement.

C'est par une action dynamique, spasme ou paralysie limités de l'intestin, se surajoutant à l'obstruction mécanique incomplète, qu'il convient d'expliquer les accidents aigus provoqués par les agents de notre dernier groupe.

Le spasme n'est point une simple vue de l'esprit; il a été constaté *de visu* par maints opérateurs : Pouzet[1] (de Cannes), au cours d'une laparotomie, trouve un calcul enchâssé dans une portion d'anse contractée violemment sur l'obstacle à tel point qu'il était impossible de mobiliser le calcul. Dans une observation de

1. *Archiv. prov. de chir.*, 1892.

Peacock et Draper, il est dit que le calcul pouvait être déplacé vers la partie supérieure de l'anse distendue mais ne pouvait être poussé sans violence dans la portion inférieure contractée. Thiriar a vu un calcul gros comme un petit œuf serré dans l'intestin formant en avant et en arrière de lui un véritable sphincter l'empêchant de se mouvoir. Dans un cas de Campenon, le calcul était fixé comme entre deux nœuds. Ainsi s'expliquent les faits dans lesquels on voit des calculs relativement volumineux être expulsés spontanément et des calculs peu considérables amener des occlusions aiguës (observations de James Israel, *Berl. Klin. Wochens.* 1892).

Le spasme ou la paralysie peuvent aussi expliquer l'acuité des phénomènes qui accompagnent parfois les rétrécissements, l'accumulation de matières fécales, la présence de corps étrangers. Quant à savoir suivant quelle modalité s'établit le réflexe et pourquoi il ne se montre pas dans tous les cas identiques, c'est là une question bien difficile à élucider. Il est probable, comme nous le disions dans le paragraphe précédent, que les agents microbiens du tube digestif ne sont pas sans jouer un rôle des plus importants soit par les virus qu'ils sécrètent, soit en amenant la décomposition des matières stagnantes, donnant ainsi naissance à des substances irritantes réflexogènes. Quand on voit des sujets rester 10, 20, 30, 50 jours même sans aller à la selle et sans paraître incommodés, n'est-il pas rationnel d'admettre que l'arrêt des matières n'est rien ou presque rien et que c'est la révolte de l'intestin irrité sans doute par des produits septiques qui constitue le facteur essentiel de l'occlusion aiguë?

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE DE L'OCCLUSION AIGUË

Voici, dans une esquisse à grands traits, la physionomie clinique de l'occlusion aiguë.

Un sujet jusqu'alors en bonne santé est pris brusquement, sans motif, ou bien à la suite d'un effort, d'une course, d'un exercice violent, d'un repas plus copieux que d'habitude ou de quelques libations, d'une douleur abdominale localisée d'abord, si vive qu'elle arrache des cris aux plus courageux, parfois si violente qu'elle fait comprendre, dit Le Fort, comment on peut mourir de douleur; généralement le patient court alors au cabinet vider le contenu de son ampoule rectale. Suivant la douleur de quelques minutes ou de quelques heures, apparaissent des vomissements d'abord alimentaires, ensuite bilieux, plus tardivement fécaloïdes ; la constipation s'établit absolue : rien ne sort par l'anus, ni matières, ni gaz; la sécrétion urinaire diminue ou est modifiée. D'abord souple ou rétracté, le ventre douloureux commence, après 24, 36 heures, à se ballonner; le facies s'altère, les yeux s'excavent et s'entourent d'un large cercle livide; les

joues se creusent, le nez s'effile, les lèvres, les pieds, les mains et les oreilles comme écartées du crâne, revêtent une teinte cyanotique ; en même temps la température du corps s'abaisse ou reste normale et le pouls s'accélère.

En quelques jours, parfois quelques heures, les phénomènes précipitent leur marche. Des nausées ou des vomissements précédés d'une crise plus aiguë de douleurs secouent le malheureux, imprimant sur sa physionomie le sentiment d'un dégoût inexprimable et souillant les commissures labiales et le menton de traînées verdâtres ; l'état général décline de plus en plus. Le ventre ballonné et la face amaigrie, la voix éteinte, le patient couvert de sueurs froides, respirant mal, torturé par une soif dévorante, par des reprises de douleurs plus violentes par intermittence et le forçant à prendre les postures les plus bizarres dans le chimérique espoir d'atténuer la violence du mal, finit par s'éteindre lentement en pleine connaissance ou meurt tout d'un coup avec un pouls incomptable et dans l'hypothermie.

La scène clinique de l'occlusion aiguë que nous venons d'exposer est loin de présenter toujours la même symptomatologie. Parfois le sujet ne jouissait pas avant la crise d'une santé parfaite, soit qu'à une date plus ou moins éloignée, il eût déjà subi une ou plusieurs attaques mitigées d'obstruction qui ont cessé spontanément ou sous l'action d'un traitement médical simple, soit qu'au moment de l'accident il fût tourmenté par ces troubles digestifs qui ont été décrits par Humbert sous le terme de : septicémie intestinale (dyspepsie flatulente, alternatives de diarrhée et de constipation ; troubles de défécation, vomituritions, etc...)

La marche des accidents au lieu de présenter une allure continue progressive, peut subir des arrêts, des rémissions bizarres, soit spontanément soit sous l'influence d'une médication calmante; on a quitté le malade avec des douleurs, des coliques, des vomissements, on le retrouve, quelques heures plus tard, tranquille et plein d'une illusion trompeuse que le praticien ne doit pas partager s'il ne veut s'exposer à de cruels mécomptes.

Il est assez rare que le complexus symptomatique développé plus haut se déroule au complet. Quand la mort survient rapidement, la scène clinique peut être singulièrement abrégée; témoin l'observation I du mémoire d'Auffret : « Un homme en bonne santé, jeune, est pris à 7 heures du soir de douleurs atroces dans le bas-ventre ; il s'allonge sur son lit en se tordant, a des selles et des vomissements; il veut aller seul aux lieux d'aisances, mais, chemin faisant, ses forces le trahissent; il choit de faiblesse et de douleur dans l'escalier où on le trouve quelques minutes après. Ramené dans son lit, il déclare se sentir mieux et n'avoir plus besoin de médecin. Au bout de quelque temps, tout en se plaignant de souffrir, il fait mine de s'endormir. A 5 heures du matin, en s'approchant du lit, on constate que l'homme est mort. » L'occlusion était causée par un diverticule intestinal.

Dans un cas de Roy, un soldat pris de coliques et de vomissements au commencement de la nuit était mort le lendemain avant 6 heures du matin (*Diverticule*).

Quelquefois les malades succombent sans douleur, même à la pression, ni météorisme de l'abdomen, et n'ont que des vomissements avec suppression des selles et des gaz (Fleury).

Chez les enfants, l'affection, imputable dans l'immense majorité des cas à une invagination étranglée, est caractérisée par la brusquerie du début, des selles sanguines avec vomissements ou ballonnement du ventre, une dépression rapide et profonde des forces et l'existence d'une tumeur abdominale.

Un cas de Cunningham peut servir de type : Un enfant de 6 mois, atteint d'une diarrhée légère est pris subitement d'une crise consistant en cris continuels redoublant par accès, signes de souffrance, constipation, vomissements, formation d'une tumeur profonde dans la région iliaque gauche ; quelques vomissements stercoraux et une hémorrhagie nasale précèdent de quelques heures la mort. Autopsie : invagination du cæcum et de l'iléon dans le rectum.

Il est nécessaire maintenant de nous appesantir quelque peu sur chacun des symptômes et de connaître les différents aspects ou modalités cliniques qu'ils sont susceptibles de présenter.

Ces symptômes sont de deux ordres : 1° Phénomènes d'occlusion ; 2° Accidents réflexes.

Phénomènes d'occlusion. .	Arrêt des matières et des gaz. Vomissements. Météorisme abdominal. Troubles urinaires (*phénolurie, indicanurie*). Accidents d'auto-intoxication.
Accidents réflexes.	Douleur. Facies grippé. Ischémie cutanée. Sueurs froides. Collapsus et hypothermie. Dyspnée. Dépression cardiaque et tachycardie. Petitesse du pouls. Anurie et albuminurie.

Arrêt des matières et des gaz. — C'est le signe primordial, direct de l'occlusion, mais, pour être nettement fixé sur son existence, il faut procéder à un interrogatoire précis, inquisiteur, du patient dont les réponses ne doivent laisser aucun doute dans l'esprit de l'observateur; comme le fait remarquer Duplay[1], bien des malades interrogés sur ce point disent être allés à la selle et, en effet, l'étranglement n'est pas plus tôt produit que beaucoup d'entre eux ressentent un besoin impérieux de soulager leur ventre et courent expulser habituellement le contenu de toute la portion d'intestin sous-jacente à l'étranglement; ne se trouvant point notablement soulagés après ces évacuations, les malades ont recours à force lavements qu'ils rendent tels qu'ils les ont pris, ce qui ne les empêche pas de répondre affirmativement quand on leur demande s'ils sont allés à la garde-robe. On s'informera donc minutieusement du moment où les selles ont eu lieu, de la nature et de la consistance des matières; on insistera surtout pour savoir s'il y a ou non émission de gaz, point auquel les patients n'attachent généralement pas d'importance et sur lequel ils s'étonnent de voir le médecin s'enquérir avec une insistance aussi méticuleuse.

Si la constipation présente une valeur pathognomonique indiscutable, il ne faut pas ignorer que, quelquefois, il peut exister de la diarrhée. Dans les invaginations étranglées, quelques gaz peuvent passer, et du ténesme pourra survenir amenant des selles diarrhéiques sanglantes ressemblant aux selles dysenté-

1. *Traité de path. ext.*, t. VI.

riques. Dans un cas de Touchard[1], le flux diarrhéique persista plusieurs jours à tel point qu'on crut avoir affaire à une attaque de choléra; nous y reviendrons plus loin. La diarrhée est encore signalée dans les cas de Besnier (observations I et V), Semnola, Baudoin[2], Bresson[3]. Quelques heures avant la mort, des évacuations alvines surviennent quelquefois (Berger-Gosselin).

Vomissements. — Ils constituent parfois le début de la maladie et sont à peu près constants (69 fois sur 100 cas). D'abord alimentaires, puis bilieux, ils prennent habituellement le caractère stercoral au bout de vingt-quatre à trente-six heures : d'après Curtis, du 3e au 5e jour. Les vomissements fécaloïdes sont, dit Vandamme[4], composés de deux parties : sérosité intestinale et grumeaux caractéristiques tenus en suspension; liquide et grumeaux ont une couleur brun jaunâtre; leur aspect et leur odeur rappellent ceux du contenu intestinal vers la fin de l'iléon; leur saveur cause au malade un horrible dégoût.

Les vomissements présentent, dans leur intensité et leur fréquence, des différences considérables souvent difficiles à expliquer et auxquelles les réactions microbiennes qui se produisent dans le tube digestif ne sont peut-être pas étrangères; l'absence de boisson, d'après Jeannel, en diminuerait la fréquence; les variations individuelles de la sensibilité soit locale (intestin), soit générale, peuvent aussi rendre compte

1. *Progrès médical*, janvier 1892.
2 et 3. *Arch. méd. milit.* 1894.
4. *Thèse*, Paris 1883.

de ces différences. Il est certain qu'elles ne sont pas en rapport avec le degré de striction de l'intestin; on a vu des vomissements modérés chez des malades ayant une anse intestinale fortement serrée et profondément modifiée, tandis qu'ils étaient violents chez des individus dont le tube digestif n'était que peu altéré.

Quand l'agent d'étranglement siège très haut dans le voisinage du pylore, on n'observe pas ordinairement de vomissements stercoraux (cas de Monprofit-Rivet-Kundrat-Lemoine[1]). Cependant, Hilton, Annandale ont prétendu que la précocité des vomissements fécaloïdes et leur persistance tiendraient à l'étroitesse de l'obstacle plutôt qu'à son siège; de fait, dans une observation de Tillaux (étranglement par bride à 50 centimètres du pylore), il y eut des vomissements stercoraux; de même dans un fait de Campenon (obstruction par cholélithe à 40 centimètres du pylore). Dans un étranglement du duodénum siégeant au-dessus de l'embouchure du canal cholédoque et du conduit pancréatique, il n'y eut que des vomissements alimentaires (Rembold d'Inspruck), fait facilement explicable.

Parfois, les vomissements suivent tardivement le début de l'occlusion; dans le cas de Rivet, l'étranglement était constitué depuis trois jours quand le blessé rendit les aliments qu'il avait ingérés avant sa chute. Quelques heures avant la terminaison fatale ils deviennent souvent aqueux, mélangés de flocons et semblables à de l'eau de riz (Courtois Suffit).

En général, la striction de l'intestin grêle s'accom-

1. *Soc. méd. des hôpit.*, 1894.

pagne de vomissements plus précoces et plus rebelles que dans l'occlusion du gros intestin. En tout cas, leur atténuation ou leur disparition n'implique nullement l'idée de la guérison.

Météorisme. — Local au début et toujours constant, d'après Wahl, dans l'étranglement vrai, il ne dépend alors que de l'obstacle ; quand, ultérieurement, il vient à se généraliser plus ou moins rapidement, c'est plutôt à des troubles réflexes intestinaux qu'il est imputable.

Le ballonnement peut manquer, puisque, dans un certain nombre d'observations, il est dit que le ventre est resté souple, malléable et même rétracté sous l'influence de la contracture des muscles de l'abdomen, mais dans ces cas il est arrivé quelquefois, en procédant à la laparotomie, que, sitôt le ventre ouvert, les anses intestinales apparaissaient météorisées.

Le ballonnement se développe parfois très rapidement : dans un fait de Braun, le ventre du malade avait 47 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic le jour de l'entrée à l'hôpital ; le lendemain il atteignait 82 centimètres.

Quand le météorisme devient considérable, le diaphragme est refoulé, d'où gêne de la respiration, et les anses intestinales distendues peuvent être aperçues à travers la paroi dessinant leurs contours et, si la paralysie ne les a pas encore envahies, se tordant comme de véritables reptiles et brassant à grand bruit les gaz et les liquides qu'elles renferment.

Kader, qui a fait une étude spéciale de la question, déclare que le météorisme est imputable surtout aux troubles circulatoires de la paroi de l'intestin, à la stase et à la décomposition du contenu du tube

digestif; il se produirait graduellement pendant un ou plusieurs jours, à condition qu'il n'y ait pas de péritonite, et n'atteindrait jamais un développement bien considérable. D'après lui, on observerait aussi une paralysie complète musculaire de la portion de l'intestin correspondant au segment météorisé, paralysie qui ne s'étendrait pas au delà de la région frappée par les troubles circulatoires (stase veineuse) qui accompagnent l'occlusion.

Nous étudierons plus au long la valeur du ballonnement quand nous aborderons l'étude du diagnostic (siège et nature) de l'étranglement interne.

Phénolurie, indicanurie. — Nous n'insisterons pas sur ces modifications qualitatives du liquide urinaire constituées par la présence du phénol ou de l'indican, ce dernier produit se précipitant sous forme de bleu d'indigo par l'addition d'un acide ou même spontanément. Ces deux substances semblent être le résultat d'une digestion pancréatique prolongée outre mesure et disparaissent dès que la circulation intestinale est rétablie (Salkowski). Jalfe, Winge, Heiberg considèrent leur présence dans l'urine comme l'indice d'un étranglement de l'intestin grêle, mais la question est encore trop mal élucidée pour que nous puissions y insister.

Accidents d'auto-intoxication. — Certains phénomènes morbides : délire, coma, collapsus, crampes, troubles généraux, imputables d'après quelques auteurs à des actes réflexes, peuvent aussi être considérés comme le résultat d'une véritable intoxication due, comme Bouchard l'a démontré, à l'imprégnation

de l'économie par les principes organiques toxiques que renferment les matières fécales et les produits de décomposition du contenu intestinal. Cette intoxication explique pourquoi on rencontre souvent, dans les poumons des sujets morts d'occlusion, des embolies, des infarctus ou des abcès, et comment l'étranglement a pu simuler un empoisonnement par l'arsenic, l'atropine, etc. C'est ainsi que Lépine et Daniel Mollière ont observé chez un malade les accidents qui suivent l'ingestion à dose toxique de ce dernier agent : rougeurs scarlatiniformes, mydriase, accélération du pouls, etc.

ACCIDENTS RÉFLEXES

Douleur. — Elle constitue presque toujours le phénomène initial et apparaîtrait, d'après Farghar Curtis, 82 fois sur 100 cas; elle devient rapidement excessive et souvent d'une intensité extrême. Continue et dépendant alors, soit de l'irritation des nerfs intestinaux comprimés concentriquement ou excentriquement, soit, dans les occlusions sans cause, d'une véritable névralgie toxique, elle offre des paroxysmes ou crises correspondant aux vomissements et dus aux mouvements péristaltiques ou antipéristaltiques intermittents de l'intestin luttant contre l'obstacle. Quand une péritonite se déclare, l'abdomen devient d'une telle sensibilité que le contact des draps ou des couvertures devient intolérable et le malade lui-même sait parfois établir une distinction entre les douleurs de l'occlusion et celles de la péritonite (cas d'Auffret).

Souvent localisée au début, la douleur ne tarde pas

à se généraliser, s'irradiant parfois jusqu'aux testicules et au pénis. Quelquefois fixée au niveau de l'obstacle et donnant au malade le sentiment d'un arrêt, d'une barrière sur l'intestin, elle se confine plus souvent dans la région ombilicale qui correspond, d'après Trèves, au plexus solaire. Il n'est pas rare de la voir disparaître dans les derniers moments qui précèdent la mort et cette éclipse inattendue n'est que trop souvent l'indice d'une perforation ou d'une gangrène qui viennent de s'effectuer.

La douleur à la pression peut apparaître dès le début quand l'affection est sous la dépendance d'une entérite, d'une typhlite ou d'une péritonite, sinon elle est plus tardive. Quelquefois la palpation fait découvrir sur un ou plusieurs points de l'abdomen une exagération de la sensibilité. C'est là un signe précieux susceptible de servir d'indice pour la détermination du siège de l'obstacle, surtout quand la douleur spontanée initiale est apparue dans ces mêmes points.

Ajoutons que parfois l'abdomen tout entier devient si rapidement douloureux qu'il est impossible de reconnaître s'il existe une zone tout particulièrement irritable.

Nous n'insisterons pas sur les autres accidents réflexes qui sont la marque de la dépression générale de l'organisme. Bornons-nous à dire que si l'oligurie et l'anurie ont été considérées par quelques auteurs comme présentant un rapport direct avec le siège de l'obstacle, on s'accorde plus généralement à les considérer comme une conséquence du trouble de l'innervation sympathique. La rétention des produits excrémentitiels de l'urine consécutive à l'anurie jouerait,

d'après Canac[1], un rôle des plus importants dans la terminaison fatale.

Outre l'albuminurie, on a signalé aussi la glycosurie, fait à rapprocher des constatations de Vincent qui dans cinq cas d'étranglement herniaire, variant entre 1 et 5 jours, a noté la présence du sucrc en quantité assez notable dans l'urine des malades.

MARCHE ET PRONOSTIC

Nous n'avons que peu de mots à dire sur le pronostic et la marche de l'occlusion aiguë qui, abandonnée à elle-même, se termine presque fatalement par la mort, exception faite pour certains étranglements dynamiques et pour les invaginations étranglées. Le plus souvent une péritonite par perforation ou des accidents pulmonaires terminent la scène, et il est exceptionnel que la péritonite puisse se localiser et aboutir à la formation spontanée d'un anus contre nature. Il est frappant de voir avec quelle rapidité la mort peut survenir chez les jeunes gens, quand il y a occlusion mécanique; les différentes observations d'étranglement vrai insérées dans les Archives de médecine militaire et qui se rapportent à des hommes de 20 à 25 ans en sont une preuve convaincante. Les rémissions que l'affection est susceptible de présenter, sont des plus trompeuses, et l'antithèse que les signes objectifs et les signes subjectifs peuvent présenter cntre eux, ne doit pas égarer le jugement du clinicien.

1. Thèse de Bordeaux, 1886.

CHAPITRE III

DU RÔLE DES AGENTS MICROBIENS DE L'INTESTIN DANS LES OCCLUSIONS AIGUËS

On est actuellement d'accord pour reconnaître que la genèse des phénomènes généraux qui forment le cortège de l'occlusion aiguë et ressemblent tellement aux symptômes d'un empoisonnement qu'on a pu quelquefois s'y tromper, doit être rapportée à une véritable infection ou septicémie intestino-péritonéale dépendant des agents microbiens, particulièrement du colibacille ou bacille d'Escherich, qui pullulent dans la cavité de l'intestin, principalement dans les côlons.

C'est surtout à propos des étranglements herniaires que nombre d'auteurs, parmi lesquels il faut signaler Verchère, Wegner, Laruelle, Clado, Malvoz, Fraenkel[1], etc., ont cherché à élucider cette question du rôle joué par les agents microbiens de l'intestin dans l'évolution des accidents; mais, comme l'étrangle-

1. Consulter aussi sur ce sujet, Arndt, *Central f. Chir.*, 1893, XII, nos 5 et 6. — Waterhouse. *Arch. f. path. Anat.*, 1892, H. 2, Bd CXIX.

ment herniaire est une véritable occlusion aiguë externe, les données relatives à l'infection intestino-péritonéale acquises sur les incarcérations herniaires sont applicables aux iléus aigus.

Dans sa thèse inaugurable de 1874, Humbert avait déclaré que l'empoisonnement produit par la résorption des matières intestinales, était la cause de la mort dans l'étranglement herniaire et dans les étranglements internes; mais déjà, en 1867, sous l'inspiration de Verneuil, Nepveu avait recherché et constaté la présence de bactéries dans la sérosité extraite du sac d'une hernie étranglée et, quelque vingt ans après, Clado, au Congrès de chirurgie de 1889, confirmait les faits énoncés par Nepveu; Clado avait pu constater, non seulement dans la sérosité du sac herniaire, mais encore dans la cavité péritonéale et sur la coupe des viscères, la présence de la bactérie de l'infection herniaire, et avait reconnu que le microbe est susceptible de pénétrer dans l'épaisseur même des tuniques intestinales où il s'insinue, grâce aux chutes épithéliales et aux fissures qui se font principalement au niveau du contour de la partie incarcérée.

Actuellement les auteurs regardent la bactérie herniaire de Clado comme identique au *B. Coli*, et s'il est vrai qu'il existe entre les deux quelques légères différences que certaines méthodes de coloration rendraient manifestes, on peut supposer avec Macaigne[1] que la bactérie est identique au coli-bacille, parce que c'est ce dernier organisme que les auteurs ont constaté dans la sérosité des sacs herniaires et que les expérimentateurs ont observé dans l'exsudat des

1. Thèse, Paris, 1892.

étranglements produits chez les animaux. Diverses variétés de bacilles ou de cocci de moindre importance accompagnent du reste fréquemment le *Bactérium Coli.*

Ce microbe encore dénommé bacille d'Escherich qui l'a découvert et étudié le premier, n'est généralement pas virulent à l'état normal, mais le devient sitôt que l'intestin est souffrant. Quand une anse est étranglée, il est susceptible de s'infiltrer dans les tuniques intestinales et de diffuser dans la cavité péritonéale. Il n'est nullement nécessaire pour que cette émigration soit rendue possible, que les tuniques présentent des érosions ou des fissures; il suffit, comme l'a démontré Bonneken[1], que l'étranglement provoque des troubles vasculaires et augmente la pression sanguine dans le segment incarcéré.

Si l'invasion des bactéries dans la cavité péritonéale reste inoffensive dans le début de l'occlusion, par contre, si la striction persiste, le pullulement des agents microbiens amènera une septicémie péritonéo-intestinale rapidement mortelle à laquelle s'adjoindront des congestions ou des inflammations viscérales et de la péritonite quand le sujet résistera un certain temps.

Les complications pulmonaires qui accompagnent assez souvent ou terminent les étranglements herniaires, et qui sont imputables au coli-bacille, se rencontrent aussi, mais moins fréquemment cependant dans les occlusions internes. Une opérée de Von Wahl eut une pneumonie qui guérit, et ce chirurgien fait remarquer, à ce propos, que des phénomènes pulmo-

1. *Arch. f. path. Anat.*, H. 1, Bd CXX.

naires accompagnent souvent les volvulus. Dans un cas d'invagination relaté par Bucquoy (1878), le petit malade eut de la fièvre, se prit à tousser et l'auscultation fit reconnaître l'existence de râles sibilants et même sous-crépitants disséminés dans les poumons. Nous voyons aussi la pneumonie signalée dans des cas d'étranglement par volvulus, brides, etc., rapportés par Santword[1], Mikuliez[2], Obalinski[3], Schède[4], Poisson de Nantes, Ledentu, Péraire[5] et Lemoine[6]. Dans une invagination double opérée par M. Dieu[7] dès le début des accidents, l'autopsie montra qu'il existait déjà de la congestion et de l'apoplexie pulmonaires.

Le coli-bacille serait aussi, d'après Laruelle[8], l'agent essentiel des péritonites par perforation, mais à condition que le terrain soit préparé d'abord par une action érosive des liquides intestinaux, particulièrement de la bile; cependant, d'après Malvoz[9] et Sordeillet, cet agent microbien se rencontre dans les inflammations de la séreuse péritonéale, sans qu'il existe de solutions de continuité dans les parois du tube digestif, et ces auteurs l'ont trouvé dans unc péritonite généralisée survenue chez un sujet porteur d'un rétrécissement cancéreux du rectum sans perforation intestinale; la simple coprostase peut même

1. *New-York med. rec.* 1886.
2. *Arch. f. Klin. Chir.*, Bd XXX, 668.
3. *Loc. cit.*
4. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1887, t. XXXVI, p. 635.
5. *Bull. Soc. anat.*, 1891.
6. *Soc. méd. des hôpit.*, nov. 1894.
7. *Loc. cit.*
8. *La cellule*, 1889.
9. *Arch. de méd. expér.*, 1891.

permettre la migration du bacille à travers les parois intestinales.

Fraenkel, pour expliquer la mort rapide qui survient parfois après une laparotomie très simple pratiquée pour une occlusion interne, mort qui est imputée au shoc, l'attribue à une infection de l'organisme par les bactéries ayant fait irruption de l'intestin dans le péritoine ou à une intoxication par les produits sécrétés. Suivant Macaigne, on pourrait admettre dans ces cas rapidement mortels qu'il se fait une intoxication identique à celle du choléra; le bacterium coli acquerrait alors une virulence telle que les produits sécrétés auraient leur toxicité maxima et que l'absorption se ferait non seulement dans le péritoine, mais encore sur toute la muqueuse intestinale enflammée.

Ces considérations ont une valeur pratique considérable et viennent corroborer les remarques faites par Duret[1] sur le rôle de l'infection comme cause d'échec des laparotomies pratiquées pour étranglement interne, en même temps qu'elles expliquent les bons effets des lavages de l'estomac pratiqués après l'opération.

Il résulte de cet exposé que l'étranglement de l'intestin s'accompagne d'un développement considérable d'agents bactériens, aussi bien dans la cavité intestinale que dans ses parois et dans le péritoine, et que c'est à eux qu'il faut imputer la plus grande partie des lésions locales et des réactions générales dépressives qui suivent l'incarcération. Il n'est donc pas juste de dire que la rétention des matières fécales n'est rien, alors que ces dernières constituent un véri-

1. Congrès franç. de chirurgie, 1889.

table champ de culture pour les bacilles devenus pathogènes et virulents; du reste, l'amélioration apportée dans l'état général d'un malade atteint d'iléus aigu, par l'établissement d'un anus artificiel, quand l'obstacle par lui-même n'est pas susceptible d'entraîner la mort, démontre suffisamment combien est grave la stase du contenu intestinal, dès que le coli-bacille d'abord indifférent se trouve dans les conditions qui lui confèrent la virulence.

Qui plus est, il est bien probable que, dans certains cas, le coli-bacille joue un rôle efficient dans la création de l'occlusion même mécanique et dans certaines occlusions dynamiques ou mécanico-dynamiques. Si, dans ces dernières variétés d'iléus, il agit en amenant des troubles réflexes, spasme ou paralysie de l'intestin, dans la première il rendrait définitive une incarcération temporaire d'abord ou même la créerait d'emblée; nous allons nous expliquer.

Un certain nombre d'étranglements mécaniques succèdent parfois, comme nous l'avons dit, à des écarts de régime, au froid, à l'ingestion exagérée des boissons, toutes causes susceptibles de déterminer une entérite; or dans l'inflammation de l'intestin, comme l'admet Hueppe, il peut survenir une modification de la constitution chimique du milieu intestinal et par suite une pullulation de bactéries peu nombreuses et inoffensives à l'état de santé. Supposons maintenant un sujet porteur soit d'une bride ou d'un diverticule adhérent formant anneau, soit d'un orifice intra-abdominal, anneau ou orifice dans lesquels une anse d'intestin est déjà engagée sans y être cependant serrée, supposition qui n'a rien d'irrationnel et que Besnier admet très bien. Si l'entérite micro-

bienne survient chez ce sujet, une exsudation liquide va se faire dans la cavité intestinale, des gaz s'y développeront et l'anse engagée, en se distendant, subira un commencement de constriction par développement excentrique; ultérieurement et plus ou moins rapidement sous l'influence de modifications apportées dans la circulation de cette anse et d'infiltrations séreuses engendrées dans les parois, l'étranglement se complétera et deviendra plus serré et définitif.

Il est même curieux de voir, et le fait ne peut trouver son explication que dans une action bactérienne, des phénomènes généraux aigus survenir chez des malades porteurs d'étranglement incomplet. C'est ainsi qu'Augier[1] rapporte l'observation d'une femme de 24 ans morte en 3 jours d'étranglement diverticulaire, et à l'autopsie de laquelle on trouva que l'intestin n'était nullement serré par la bride; de même Besnier cite le cas d'une occlusion de même nature qui entraîna l'issue fatale, et la nécropsie fit découvrir que la constriction était incomplète et permettait la mobilité des anses modérément distendues.

Ainsi, s'il est avéré que les microbes de l'intestin, particulièrement le bacille d'Escherich, jouent un rôle primordial dans l'évolution et la terminaison des phénomènes cliniques de l'iléus une fois l'étranglement établi, il paraît très probable que, dans certaines conditions, ces mêmes agents microbiens, sous l'influence de causes banales, sont susceptibles, chez des sujets porteurs d'un obstacle qui jusqu'alors n'avait pas révélé sa présence, de créer une occlusion aiguë. Ils pourraient aussi, quand l'obstacle n'existe pas, ou

1. *Loc. cit.*

qu'à lui seul il est insuffisant pour produire un arrêt absolu au cours des matières (coprostase-rétrécissements divers de l'intestin, etc...), donner naissance au complexus symptomatique propre aux occlusions aiguës mécaniques.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DES OCCLUSIONS AIGUËS

Le problème du diagnostic des occlusions aiguës est complexe; pour le résoudre et savoir appliquer à propos une thérapeutique rationnelle, il est nécessaire de répondre aux questions multiples qu'il soulève : 1° Y a-t-il occlusion vraie mécanique? 2° Quelle en est la nature? 3° Où est le siège de l'obstacle? 4° Quel est l'état probable de l'intestin au moment de l'examen et jusqu'à quel point la situation générale du patient est-elle compromise?

1° *Y a-t-il occlusion aiguë mécanique?* — Quand le praticien se trouve appelé devant un malade présentant l'ensemble des symptômes si frappants que nous avons étudiés plus haut, son premier soin doit être de prendre sans retard la température qui pourra, suivant qu'elle est normale, élevée ou abaissée, lui fournir immédiatement une indication précieuse; ensuite d'examiner avec un soin tout particulier les différents points faibles de l'abdomen au niveau desquels peuvent s'étrangler des hernies. Malheur au médecin, dit Niemeyer, si, oubliant de rechercher une hernie

externe, il laisse échapper un étranglement herniaire; et Broca : « Toutes les fois que se manifestent des symptômes locaux ou généraux ayant rapport à l'étranglement, on devra pratiquer l'exploration minutieuse et répétée de toutes les régions dans lesquelles les hernies peuvent se présenter; il faut faire l'inventaire rigoureux du sujet en explorant jusqu'aux sièges les plus insolites des hernies ».

Par la vue, le palper, la percussion, et tout en faisant subir au malade un interrogatoire rigoureux sur ses antécédents, on passera donc l'inspection des régions : inguinale, crurale, obturatrice, ombilicale, de la ligne blanche et de la paroi antéro-latérale de l'abdomen. On n'oubliera pas non plus d'explorer la région lombaire entre la dernière côte et la crête iliaque d'une part, la masse sacro-lombaire et le bord postérieur du muscle grand oblique de l'autre; le périnée; la zone ischiatique, le vagin et le rectum. Aucune de ces parties ne paraissant présenter la moindre tumeur, on cherchera si la pression profonde ne provoque aucune douleur à leur niveau ou s'il n'y a pas d'irradiations douloureuses sur le trajet des principaux nerfs sortant de l'excavation pelvienne.

Les hernies sont susceptibles de donner lieu à des erreurs multiples : A. On peut croire à une occlusion intestinale alors qu'il existe une hernie étranglée. B. Méconnaître l'occlusion et admettre la présence d'un étranglement herniaire. C. Découvrir un étranglement herniaire et laisser échapper une occlusion interne concomitante.

A. Ce sont les hernies crurales et obturatrices qui ont causé le plus fréquemment cette erreur. Il y a déjà longtemps que, dans une très bonne thèse,

Vinson[1] a insisté sur la facilité avec laquelle la hernie obturatrice peut passer inaperçue. Comme, le plus souvent, cette hernie ne se révèle à l'extérieur par aucune tumeur appréciable, que les malades accusent des douleurs non à la partie supéro-interne de la cuisse, mais en un ou plusieurs points quelconques du ventre, que même, fréquemment, c'est dans les régions : ombilicale, lombaire, ou dans une autre zone de l'abdomen qu'ils disent avoir perçu la douleur initiale, le praticien ainsi renseigné après avoir examiné les orifices inguinaux, cruraux, et l'ombilic, n'insiste pas sur l'inspection du trou obturateur, et conclut à un étranglement interne. — Un exemple montrera combien il est facile de méconnaître la hernie obturatrice. Gardener voit une pudibonde Anglaise présentant des signes d'étranglement; ne pouvant l'examiner qu'en glissant la main sous la couverture, il ne découvre au-dessous du pli inguinal droit qu'une légère dureté donnant la sensation d'une tumeur grosse comme une fève et croit à un étranglement interne. Mais les symptômes généraux s'accroissent et les vomissements fécaloïdes étant apparus, la malade se décide à subir, en pleine lumière, un examen méthodique, qui révèle dans le triangle de Scarpa, à droite, l'existence d'un léger soulèvement; la malade qui avait d'abord nié toute existence de hernie, finit, pressée de questions, par avouer que, dans la quinzaine précédente, elle avait éprouvé un peu de gêne et de douleur dans le membre inférieur droit, quelques troubles digestifs et que deux petites glandes s'étaient montrées à l'union du tiers

1. Thèse, Paris 1844.

moyen et supérieur de la cuisse; l'opération pratiquée montra une hernie obturatrice étranglée. Vinson a réuni dans sa thèse douze observations de hernies obturatrices méconnues et prises pour des occlusions internes.

Les hernies crurales étranglées ont aussi causé un certain nombre d'erreurs. Masson, Denonvilliers ont rapporté chacun un fait où l'on crut à un étranglement intra-abdominal; l'autopsie vint démontrer qu'on avait affaire à des crurales étranglées. Oppolzer reçut un malade présentant les symptômes d'une incarcération; le sujet avait été examiné par plusieurs médecins qui n'avaient rien trouvé; Oppolzer, enfonçant la main dans le pli de l'aine, découvrit une hernie nullement apparente à l'extérieur. Un cas bien curieux est celui de Kundrat; une femme présentait depuis 8 jours des signes d'occlusion et, dans la région crurale, une tumeur qu'on réduisit; le soulagement fut tel que la malade demandait son exeat quand elle mourut subitement d'une embolie pulmonaire. L'autopsie montra que la tumeur prise pour une hernie était une varice de la veine saphène à son embouchure et que l'étranglement était causé par la pression du mésentère aplatissant le duodénum.

Le diagnostic avec l'incarcération de la hernie ischiatique est peut-être encore plus difficile. D'après Albert, un malade entra à l'hôpital de Vienne avec des symptômes très nets d'étranglement herniaire; on chercha une tumeur, mais on n'en trouva point; on ne put noter qu'un son tympanique rendu à la percussion au niveau de l'échancrure sciatique (signe presque normal chez les personnes maigres); on pratiqua une incision exploratrice, mais on ne trouva rien. Wassilief

a rapporté un fait intéressant qui mérite plus qu'une mention : un homme en allant à la selle ressentit une douleur dans la fesse et fut pris de symptômes d'occlusion aiguë, avec douleur dans le ventre, coliques d'intensité croissante, éructations, nausées, vomissements alimentaires, bilieux peut-être fécaloïdes, constipation absolue, état général grave. La douleur de la région fessière ayant attiré l'attention de ce côté, on trouva par l'examen une sensibilité exagérée limitée au point d'émergence de l'artère fessière, sans tuméfaction; une pression assez forte exercée à ce niveau augmenta d'abord la douleur, puis la fit disparaître totalement; les coliqucs cessèrent, et dix minutes après ce taxis le malade se leva, déclarant qu'il était guéri. Les accidents ayant récidivé quelques jours plus tard, disparurent définitivement par le port d'un tampon exerçant une compression énergique au niveau de l'échancrure sciatique.

Dans un cas de Jones, les douleurs siégeaient dans les régions ombilicale et épigastrique; il n'y avait aucune exagération de sensibilité de la région fessière.

Pour éviter autant que possible de retomber dans les erreurs que nous venons de signaler, il est nécessaire de bicn connaître certaines particularités de ces diverses hernies.

Dans la hernie obturatrice étranglée, on découvrira une tuméfaction plutôt qu'une tumeur siégeant à la partie interne de la cuisse au niveau des adducteurs quelquefois en dedans des vaisseaux fémoraux dans le triangle de Scarpa. S'il n'y a pas de trace de renflement dans la région inguino-crurale, on pourra par la pression déterminer une doulcur localisée en un

point correspondant à l'orifice externe du canal sous-pubien, ou dans l'angle que forment la branche horizontale et la branche descendante du pubis; l'exploration devra être bimanuelle, une des mains pratiquant le toucher vaginal ou rectal. Grâce à l'introduction du doigt ou même de la main (Picqué) dans le vagin, on arrivera par la pression à déterminer une douleur caractéristique au niveau de l'orifice interne du canal sous-pubien.

On tirera aussi grand secours du signe de Romberg, qui, malheureusement, n'est pas constant et qui consiste en une douleur s'irradiant de la partie interne de la cuisse jusqu'au genou, parfois même jusqu'au pied, douleur s'accompagnant d'une obtusion de la sensibilité dans la zone d'innervation du nerf obturateur.

On a dit qu'il était d'importance secondaire de confondre une occlusion interne avec un étranglement de la hernie obturatrice et qu'une laparotomie serait tout aussi opportune dans l'un que dans l'autre cas; mais si l'on songe quelle est, à juste titre, la crainte que peut éprouver un praticien non habitué à la chirurgie abdominale, mal outillé ou mal aidé, à la pensée de faire une laparotomie sur un ventre météorisé, on comprendra qu'il importe beaucoup de faire le diagnostic; s'il est établi, une kélotomie que tout médecin doit savoir pratiquer pourra sauver le malade, tandis que si l'on croit, à tort, à la nécessité d'une laparotomie, trop souvent on restera dans l'expectation ou on se bornera à un traitement médical qui n'aboutira qu'à un échec.

Pour découvrir les hernies crurales étranglées, particulièrement celles auxquelles on a donné le nom de hernies marronnées, et qui ne déterminent parfois

qu'un relief si peu marqué qu'il échappe presque entièrement à la vue, on aura recours à l'exploration profonde de la région qui permettra de constater à la partie supéro-interne du triangle de Scarpa, en dedans des vaisseaux fémoraux, une saillie arrondie, bien circonscrite, rénitente ou fluctuante, douloureuse à la pression et dont le pédicule s'enfonce profondément sous l'arcade de Fallope. Il est certain que chez les femmes grasses, à ventre en tablier, ce diagnostic présentera trop souvent des difficultés considérables.

Quant aux hernies ischiatiques qui sont heureusement très rares, la coïncidence d'accidents d'étranglement intestinal avec l'existence d'une douleur spontanée ou provoquée, localisée au point d'émergence de la fessière (9 à 10 centimètres de la crête sacrée, à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes d'une ligne allant de l'épine iliaque postéro-supérieure au sommet du grand trochanter), peut suffire à établir le diagnostic et autoriserait, en tout cas, à faire une incision de découverte.

B. Plus d'une fois il est arrivé qu'un chirurgien a méconnu une occlusion interne et a cru à un étranglement herniaire qui n'existait pas; c'est surtout quand la tumeur est ordinairement ou temporairement irréductible que l'erreur est facile. Gosselin opéra pour hernie crurale incarcérée une malade qui mourut; à l'autopsie on ne trouva rien dans l'abdomen et la hernie n'était pas étranglée. Périer a rapporté, en 1875, à la Société de chirurgie, le cas d'une femme portant une petite exomphale qu'on crut étranglée en raison des symptômes généraux d'occlusion qui se déclarèrent. La laparotomie fit découvrir l'incarcération

d'une anse intestinale dans une cavité ressemblant pour la forme à un dé à coudre, à arc transversal et parallèle au plan de la paroi abdominale, située à droite du ligament suspenseur du foie au-dessus de l'orifice ombilical; l'étranglement semblait produit par le bord tranchant du ligament falciforme et l'anse paraissait adhérer à la paroi abdominale antérieure.

Spencer, dans un cas d'occlusion, incisa d'abord une hernie inguinale non étranglée, s'arrêta en voyant sa méprise et méconnut un volvulus de l'S iliaque qui ne fut découvert qu'à l'autopsie. Pareil accident arriva à Maunder. Duchaussoy fait remarquer qu'un étranglement interne, surtout s'il est situé vers l'extrémité inférieure de l'intestin, peut donner lieu à la production temporaire ou à la réapparition d'une hernie qui devient une cause d'erreur sur le siège réel de l'étranglement; Luke, Prescott, Hewett firent, dans des cas semblables, une kélotomie qui n'aboutit à rien et laissèrent échapper un étranglement véritable.

Un sac déshabité peut constituer une tumeur dans un trajet herniaire et faire croire que ce canal est le siège de l'incarcération, méprise qui n'a pas grand inconvénient si on fait ensuite la laparotomie (cas de Birkett).

Dans un fait de Berger, un peloton de vers intestinaux arrêtés près de la valvule iléo-cæcale détermina l'accroissement de volume et l'irréductibilité d'une hernie; on pensait à un étranglement herniaire, alors qu'il ne s'agissait que d'une obstruction intestinale. Benno-Schmidt a rapporté quelques faits analogues dans lesquels l'autopsie seule peut faire reconnaître

que la cause des accidents résidait dans un volvulus de l'intestin ou dans l'engagement d'une anse dans une bride intra-abdominale. Cruveilhier a envoyé à la Société de chirurgie l'observation d'une malade ayant tous les signes de l'iléus et présentant, dans la région inguinale gauche, une petite tumeur en forme de boudin; on kélotomise croyant à l'incarcération de la hernie : les accidents continuent et l'on découvre, après la mort, la présence d'un calcul arrêté dans l'intestin à 3 mètres du cæcum.

Pour éviter de rapporter à une hernie des accidents imputables à une occlusion interne, il sera bon de se rappeler les remarques suivantes de Boyer : dans l'étranglement interne, la douleur, à l'origine, est intra-abdominale, tandis que la hernie reste indolore; celle-ci est molle et n'a pas augmenté de volume dès le début des accidents; l'orifice est libre, le doigt ne sent aucune tension au niveau du collet du sac, enfin les accidents dans l'iléus ont commencé par le ventre pour s'étendre ensuite à l'intestin hernié.

Dumreicher, chez une malade portant une hernie crurale et présentant les symptômes de l'occlusion interne, fit un diagnostic exact, se basant sur ce que la tumeur du pli de l'aine était peu tendue et qu'il n'y avait pas de douleur au-dessus de l'orifice herniaire, tandis qu'on sentait, dans la fosse iliaque droite, une masse élastique et sensible qui fut reconnue, à l'autopsie, comme formée d'un amas d'anses intestinales étranglées. Dans un cas analogue, Kirmisson diagnostiqua une obstruction de l'S iliaque, d'après le siège constant de la douleur située au-dessus du pubis gauche, le point de départ immuable des coliques et la dilatation de l'anse sigmoïde visible à travers les

téguments, bien que l'exploration n'eût révélé aucun obstacle du côté de la cavité rectale.

C. Quand une occlusion interne vient à coïncider avec un étranglement herniaire, on conçoit très bien qu'une méprise soit facile et que le chirurgien, n'ayant pas reconnu cette coïncidence et s'étant borné à une intervention dirigée contre l'un ou l'autre de ces accidents, puisse éprouver quelque surprise à l'autopsie.

Les deux étranglements sont souvent indépendants l'un de l'autre, à moins que le ballonnement des anses intestinales produit par la présence de l'obstacle intra-abdominal ne se soit étendu aux anses herniées et n'ait provoqué leur incarcération. Une bride épiploïque se portant vers le sac herniaire peut amener l'occlusion. Schuh, ayant opéré une femme atteinte de hernie inguinale gauche étranglée, vit la mort succéder à l'apparition de vomissements fécaloïdes et trouva, à l'autopsie, une anse étranglée par une lame épiploïque double, dont une partie avait été excisée dans la kélotomie.

Comme le fait remarquer Duchaussoy, une hernie qui rentre bien habituellement peut cesser d'être réductible, lorsque la portion d'intestin qui la constitue est située au-dessus d'un étranglement interne; mais de plus les changements qui se produisent alors dans le volume de la hernie peuvent y faire naître une incarcération consécutive, si la cause de l'occlusion n'est pas découverte par le chirurgien ou s'il n'est pas en son pouvoir de la faire disparaître. Que tout d'abord on fasse une kélotomie, on voit les accidents persister et il ne reste plus, comme dernière et unique ressource, qu'à pratiquer la laparotomie; mais on conçoit l'hésitation du chirurgien à se résoudre à

cette intervention, car les causes qui, après une herniotomie, peuvent amener la persistance des phénomènes d'étranglement sont si nombreuses, qu'on peut ne pas soupçonner qu'ils dépendent d'une incarcération interne réelle.

En effet, la continuation des accidents de l'occlusion peut tenir à la réduction de la hernie dans le tissu cellulaire sous-péritonéal à travers une déchirure du sac herniaire, à la rentrée de la tumeur avec son agent d'étranglement (bride épiploïque ou anneau du sac détaché en cercle), à une coudure angulaire brusque de l'intestin, sous l'influence d'adhérences serrées; ou bien il peut se faire, la réduction ayant été convenablement effectuée, que l'intestin, en réintégrant la cavité abdominale, soit venu se loger sous une bride constituée par une adhérence épiploïque au voisinage de l'anneau (Eiselberg, Howell Way) ou dans une cavité propéritonéale avec collet intra-abdominal. Velpeau, Cock, Albert, Hancock, Hurlimann, Lucas Championnière[1], ont rapporté des cas où les choses se passèrent ainsi; dans le fait de Cock les accidents, d'abord amendés, ne reparurent qu'au bout de 15 jours.

En parlant des occlusions dynamiques, nous avons déjà dit plus haut qu'à la suite de kélotomies une paralysie intestinale pouvait survenir, entraînant la persistance des accidents qui ont d'abord nécessité l'intervention; mais comme une péritonite par perforation due à des lésions de l'intestin, lésions préexistant à la réduction, peut présenter une évolution analogue, on conçoit que le chirurgien en vienne à se trouver parfois dans un grand embarras.

1. *Bull. Soc. chir.*, 1892.

C'est par l'examen attentif des phénomènes réactionnels propres à chacun des étranglements qu'on aura chance de trouver la réponse au problème posé. Bryant, chez un homme porteur, depuis 25 ans, d'une hernie inguinale et atteint d'occlusion aiguë avec douleur fixe à l'ombilic, diagnostiqua le double étranglement; il opéra d'abord la hernie, agrandit ensuite l'incision et trouva dans l'abdomen une bride enserrant l'intestin et qu'il divisa; le malade guérit.

N'oublions pas d'ajouter, en dernière remarque, que l'iléus peut être dû à la réduction en masse d'une hernie; sans insister sur les signes qui permettent de reconnaître cette substitution d'une occlusion interne à une externe, reconnaissons que le diagnostic en est parfois délicat, témoin le cas suivant de Poisson, de Nantes : le porteur d'une hernie inguinale vient à présenter, après réduction de sa tumeur, des symptômes d'étranglement; interrogé, il prétend qu'il n'a point violenté sa hernie, qu'elle est parfois plusieurs jours sans paraître et qu'il la réduit fréquemment sans accident; Poisson hésite d'abord à intervenir, mais devant la persistance des phénomènes se décide à faire une incision latérale de l'abdomen qui lui permet de libérer l'intestin.

On a pu confondre aussi l'occlusion aiguë avec la dysenterie, certains empoisonnements, le choléra, des coliques hépatiques ou néphrétiques, etc.

Il n'y a guère que l'invagination étranglée qui puisse amener une méprise avec la dysenterie. Lailler a rapporté à la Société anatomique l'observation d'un malade qui fut considéré comme atteint de cette dernière affection et qui mourut. La nécropsie montra une invagination du gros intestin; un fait aurait pu

mettre sur la voie, c'est qu'il existait une tuméfaction dans le flanc et la fosse iliaque gauches. L'acuité plus grande des symptômes, la palpation et la percussion attentives de la région où se fait le plus fréquemment l'invagination permettent d'assurer le diagnostic.

On a pris des empoisonnements pour des étranglements internes, et vice versa; Rostan et Ruyk ont rapporté chacun un fait médico-légal dans lequel cette erreur, qui peut être très grave, a été commise; dans l'observation I du mémoire d'Auffret, on crut aussi, tout d'abord, à une intoxication. On a mis généralement en cause l'arsenic, l'atropine, les moules (obs. *in* thèse Augier), etc. Les renseignements pris auprès du malade ou de son entourage, l'examen de la bouche, l'étude des phénomènes pathologiques, qui sont ceux d'une gastro-entérite, permettront de reconnaître les empoisonnements.

Ce n'est guère, a-t-on dit, qu'en temps d'épidémie qu'il est arrivé de confondre le choléra avec l'occlusion aiguë; le plus souvent cette dernière affection n'offre que quelques symptômes cholériformes (1 cas de Beau, *in* mémoire de Berger[1]. — Obs. *in* thèses de Vassor, Savopoulo, Refrégé), et l'absence de vomissements fécaloïdes, la diarrhée empêchent de commettre l'erreur. Pourtant il faut bien savoir que l'occlusion aiguë peut, dans certains cas, emprunter au choléra non pas quelques phénomènes seulement, mais sa symptomatologie presque complète, au point de donner le change à des observateurs prévenus et attentifs (Fournier et Ollivier). Dans une observation de Touchard[2], nous voyons une femme de 67 ans être prise

1. *Arch. de méd.*, 1876.
2. *Loc. cit.*

tout d'un coup de douleurs vives dans le ventre et de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. Un purgatif amène une débâcle et une diarrhée abondante qui persiste plusieurs jours. L'état général, resté d'abord satisfaisant, finit par se prendre à son tour et la malade meurt au septième jour, sans avoir présenté de vomissements fécaloïdes et après avoir rendu une selle quelques heures avant la mort. A l'autopsie on trouva un volvulus formé par les anses de l'intestin grêle, enroulées sur la partie inférieure du mésentère; il y avait gangrène des tuniques sur une longueur de 15 à 20 centimètres.

Comme le fait remarquer Touchard, on était en droit, en présence du tableau clinique qu'offrit la malade, de croire au choléra et de rejeter l'idée d'une occlusion aiguë, car le ventre ne fut jamais tympanisé, il y eut de la diarrhée, et les vomissements fécaloïdes firent défaut.

Rostan, Williams, Besnier ont rapporté des erreurs analogues et Fernet a relaté un cas bizarre d'un diagnostic épineux où il semble qu'une invagination ait succédé à une attaque réelle de choléra; l'existence d'un polype de l'intestin grêle, que présentait son malade, constituait une cause prédisposante de l'intussusception. Le plus souvent un examen approfondi du patient permettra de différencier les deux affections; la constipation dans le choléra, la diarrhée dans l'occlusion aiguë sont des plus rares (signalée dans les observations de Bresson et Beaudoin[1]); la nature des vomissements qui contractent une odeur fade et deviennent rapidement blancs et floconneux,

1. *In Mem. Nimier. Loc. cit.*

l'examen du ventre qui est toujours plus ou moins rétracté, l'étude du début de la maladie, tant au point de vue des selles, qui ont des caractères particuliers de fétidité et de coloration, qu'à celui de l'absence de douleurs abdominales localisées, fournissent un ensemble de signes qui différencient suffisamment le choléra de l'iléus.

On distinguera de l'occlusion aiguë les coliques néphrétiques ou hépatiques d'après l'état de l'abdomen, la coloration de la peau, le siège si bien défini de la douleur résultant du passage d'un calcul dans les voies biliaires ou urinaires; Terrier a vu un début d'occlusion ressemblant tout à fait à des coliques néphrétiques; la douleur partait de la région hypogastrique et s'accompagnait de rétraction des deux testicules et de brûlure au méat urinaire. Dans deux cas de Desnos, le passage d'un calcul dans l'uretère s'accompagna de véritables symptômes de pseudo-étranglement.

En traitant du diagnostic général de l'iléus, les auteurs classiques ont l'habitude de différencier les occlusions mécaniques des occlusions dynamiques consécutives aux appendicites, péritonites, etc. Nous croyons qu'il est plus à propos de renvoyer la discussion de ce point au paragraphe suivant, consacré à distinguer les divers agents de l'étranglement, c'est-à-dire sa nature.

2° *Quelle est la nature de l'occlusion aiguë?* Une fois l'occlusion reconnue, quelques chirurgiens sont d'avis qu'il est inutile, dangereux même souvent, de chercher à en raffiner le diagnostic et de vouloir en reconnaître la nature ou le siège; les difficultés, disent-ils, d'arriver à la précision, sont telles, dans la grande

majorité des cas, et le tableau clinique présente souvent, dans les divers étranglements, des nuances si peu tranchées et une uniformité si frappante des symptômes, que le mieux serait, le plus souvent, de faire le diagnostic le bistouri à la main. C'est l'avis de Bouilly[1]; c'est aussi l'opinion de Roux[2], de Lausanne, qui insiste sur l'innocuité d'une laparotomie entreprise de bonne heure, même, dit-il, à un moment où certains esprits croient devoir la condamner en l'appelant exploratrice. Julliard[3] déclare que le diagnostic n'est pas indispensable, l'ouverture du ventre en cas d'étranglement devant être décidée non sur la connaissance exacte de la cause du mal, mais d'après les accidents que présente le malade et d'après son état général. Comte[4], justement en raison des difficultés extrêmes du diagnostic, considère que la laparotomie exploratrice faite de bonne heure sur un sujet encore résistant, n'offrant pas de gravité, on n'est pas autorisé à perdre, dans des discussions d'étiologie, un temps précieux qu'on emploierait plus utilement en opérant le patient; de fait, dit-il, on peut affirmer que les chances de mort pour un malade sont en proportion directe du nombre de médecins appelés successivement ou simultanément à donner leur avis. A ce propos, il rapporte l'histoire d'une femme qui, à la suite de couches, présenta des signes aigus d'occlusion avec une température de 39°,5; trois consultations médicales, dans lesquelles on agita la question de

1. *Gaz. méd. de Paris*, 1884.
2. *Rev. méd. Suisse*, 1893.
3. *Rev. méd. Suisse Romande*, 1892.
4. *Rev. méd. Suisse Romande*, 1892.

savoir si on avait affaire à un étranglement ou à une péritonite par perforation, n'aboutirent qu'à retarder une intervention chirurgicale qui fut faite *in extremis*; l'incision du ventre fut suivie de l'issue immédiate de gaz et de matières fécales. C'était, peut-être, ajoute Comte, une péritonite par perforation; mais qu'importe, il aurait fallu opérer tout de suite, dès les premiers moments.

Sans doute, avec un chirurgien expérimenté, bien outillé, sûr de lui et de ses aides, opérant dans son service hospitalier, le mal ne serait pas très grand si, la laparotomie faite, on s'apercevait qu'on a affaire à une occlusion dynamique dont un traitement médical aurait pu enrayer la marche; mais, pour la moyenne des praticiens placés dans une situation toute différente, croit-on qu'il est permis de raisonner de façon identique? En admettant qu'ouvrir le ventre est encore, ce que nous croyons, le meilleur traitement à opposer à la péritonite par perforation, en sera-t-il de même dans les occlusions dynamiques ou mécanico-dynamiques dues à des entérites, des troubles d'innervation, à une obstruction par matières fécales, résidus alimentaires ou rétrécissement cancéreux de l'intestin? En supposant que le chirurgien ne fasse qu'une entérotomie, encore faut-il qu'il connaisse l'avantage qu'il en peut tirer et les espérances qu'il est en droit de fonder sur cette intervention.

Cherchons donc, en serrant de près les faits, en coordonnant les moindres indices, les nuances les plus fugitives, à donner au diagnostic de la nature des occlusions la plus grande précision possible, sans nous dissimuler les difficultés nombreuses que nous pouvons rencontrer dans cette tâche; Després (Soc.

chirurgie 87) n'a-t-il pas dit que ce diagnostic pouvait toujours être fait avec une certaine approximation et que lui-même l'avait posé 10 fois sur 11 cas qu'il a observés ?

En présence d'une attaque reconnue d'occlusion aiguë, on doit d'abord se demander si elle n'est pas d'origine dynamique, c'est-à-dire, dans la grande majorité des cas, imputable à des accidents péritonéaux ou à des troubles d'innervation de l'intestin.

Le diagnostic des pseudo-étranglements qui accompagnent les péritonites, traité longuement par tous les auteurs qui ont écrit sur la question, soit dans les traités classiques, soit dans des mémoires spéciaux, n'aurait peut-être plus aujourd'hui l'importance qu'on lui donnait autrefois, puisqu'à l'heure actuelle il est recommandé, particulièrement dans la péritonite par perforation, d'ouvrir le ventre sitôt la nature de la maladie établie, le pronostic étant à peu près sûrement fatal, et que, dernièrement, Roux (*Rev. méd. Suisse Rom.*, Nov. 1893), dans une perforation de la paroi antérieure de l'estomac par un ulcère rond, laparotomisa son malade, ferma, après avivement, les bords de la plaie, y fixa comme renfort un lambeau épiploïque et obtint la guérison; Michaux, de son côté, a communiqué au dernier Congrès de chirurgie un fait analogue. Néanmoins, ne serait-ce que pour être à même de formuler un pronostic juste et de se tracer un plan opératoire convenable, il est nécessaire de savoir distinguer les occlusions consécutives aux diverses formes de péritonite.

Il n'y a guère, a dit Duplay, qui, dès 1876, avait pu rassembler 14 observations où l'erreur fut commise, que des nuances parfois bien délicates à saisir qui

séparent l'étranglement vrai de certaines inflammations aiguës du péritoine; de fait, l'identité des signes a été parfois telle qu'on a laparotomisé les malades à une époque où la thérapeutique des perforations intestinales restait exclusivement confinée dans le domaine de la médecine (Grisolle et Jobert, Folct, Herbelin, Duplay, etc.).

On cherchera les bases du diagnostic dans :

a. L'étude des antécédents pathologiques du sujet,
b. Les caractères de la douleur,
c. id. des vomissements,
d. id. de la constipation,
e. L'examen du ventre (vue, palper, percussion, auscultation),
f. Le pouls et la respiration,
g. La température,
h. La fonction urinaire.

a. Si, comme l'admet Poupon[1], les péritonites aiguës primitives (*a frigore*, rhumatismales, traumatiques) sont susceptibles de déterminer l'occlusion, puisque le plus souvent c'est la perforation d'un viscère qui produit cet accident, perforation dont certains symptômes ont dû, antérieurement, révéler la marche, on conçoit que l'étude des antécédents puisse renseigner sur l'existence d'un traumatisme abdominal, d'un cancer ou d'un ulcère de l'estomac, d'une fièvre typhoïde, d'un corps étranger de l'appendice, d'une tuberculose viscérale, de cholélithes dans la vésicule biliaire (les calculs sont, il est vrai, susceptibles d'amener par eux-mêmes une occlusion directe).

Ainsi un interrogatoire et un examen minutieux

1. Thèse de Paris, 1885.

auraient pu, sans doute, révéler la nature des accidents dans deux cas signalés par Comte, l'un ayant trait à une femme chez laquelle on diagnostiqua un étranglement dont on dénonçait même la nature et le siège, mais que la laparotomie montra être une perforation du pylore carcinomateux, l'autre se rapportant à un homme qui, consécutivement à un coup de pied dans le ventre, présenta des phénomènes d'occlusion avec vomissements fécaloïdes et collapsus; l'ouverture du ventre amena l'issue d'un flot de pus stercoral, indice d'une perforation traumatique de l'intestin. Mais il est juste d'avouer qu'il peut être parfois difficile d'élucider les antécédents pathologiques du sujet. Ainsi, en 1881, étant à Philippeville, je fus appelé vers une heure du matin pour voir une malade qui, subitement, venait d'être prise de violentes douleurs abdominales et de vomissements. Je trouvai une femme d'une trentaine d'années se tordant de douleur sur son lit et qui me déclara n'avoir jamais été souffrante; cependant, de temps en temps, elle avait eu des douleurs épigastriques et quelques vomissements sans caractère spécial que je rapportai à l'hystérie. A l'examen je constate que la malade est en hypothermie, que le ventre, d'une sensibilité exquise, est ballonné dans toute son étendue, au point que la respiration est considérablement gênée et que la matité de la région hépatique a disparu; des nausées continuelles et quelques vomituritions bilieuses ont remplacé les vomissements de la première heure. Assez embarrassé pour poser un diagnostic ferme, bien que la disparition de la matité du foie indiquât un épanchement gazeux dans la cavité abdominale, j'ordonne une préparation opiacée

et la glace; à six heures du matin, soit six heures environ après le début des accidents, la malade mourait. L'autopsie, que je fis avec le médecin principal Bouchez, sur réquisition du Parquet (on croyait à un emposionnement), montra une perforation de la face antérieure de l'estomac de la grandeur d'une pièce de 1 franc consécutive à un ulcère rond; des débris alimentaires avaient passé dans la cavité du péritoine.

Quoi qu'il en soit, l'étude approfondie des antécédents pourra souvent fournir des renseignements qui, joints aux autres signes, faciliteront le diagnostic.

b. Dans l'occlusion, la douleur brusque se localise au début, est peu ou n'est pas exagérée par la pression; elle offre par intermittence des recrudescences, des crises tormineuses comparables aux douleurs de l'accouchement et s'accompagnant de mouvements vermiculaires de l'intestin qui se dessine sous la peau (au moins au début); exagérée par l'absorption de liquides, elle est calmée par l'ingestion de petits fragments de glace (Auffret). Dans la péritonite par perforation, la douleur est brusque aussi mais continue, sans gargouillements concomitants de l'intestin; elle s'étend très rapidement : si le point où elle a débuté est aussi plus sensible, la différence d'intensité est peu marquée entre l'hypéresthésie du point initial et la douleur ressentie dans le reste du ventre et qu'exagère considérablement la plus légère pression.

c. Les vomissements fécaloïdes sont presque contants dans l'occlusion et ils apparaissent rapidement (au moins vers le 3e jour); dans la péritonite, ils sont exceptionnels et ne se montrent que vers la fin (cas de Nicaise, Mélier, Schutzenberger, Sauzède — 7 cas

in thèse de Leduc); encorc au lieu d'être franchement stercoraux, constitueraient-ils des vomissements intermédiaires entre les vomissements porracés et ceux qui sont franchement fécaloïdes : lcs liquides rejetés seraient verdâtres, foncés, troubles, laissant déposer des matières glaireuses et brunâtres (Gosselin); enfin il y a surtout des éructations, des renvois de gaz, non les rapports incessants fétides de l'étranglement.

d. Dans l'immense majorité des cas, au bout de quelques heures, la constipation devient absolue dans l'occlusion; dans la péritonite la suppression totale des matières et des gaz est rare, bien que possible (3 cas *in* thèse Leduc); quelques gaz au moins s'échappent spontanément ou par la voie d'une sonde rectale; Valleix dit même qu'il y a plus souvent diarrhée que constipation.

e. Le météorisme cst uniforme, régulier, symétrique, égal partout dans la péritonite, mais il peut manquer dans certaines ruptures traumatiqucs (Bouilly 1883, Schwartz 1887) ou perforations, un shoc intense le réduisant au minimum (Mérigot de Treigny). On a dit qu'il était généralement moins considérable que dans l'iléus; Jalaguier déclare avoir vu souvent le contraire et, pour lui, la diffusion rapide du ballonnement serait en faveur de la perforation; nous sommes de cet avis, et, dans le cas que nous avons observé à Philippeville, le météorisme, au bout de 2 heures, était extrêmc et la matité hépatique avait disparu; on n'aura jamais, dans l'occlusion, une généralisation aussi rapide et aussi étendue du tympanisme; le développement dcs gaz se fera d'abord dans une zone limitée; plus tard il se diffusera et pourra

devenir considérable; mais pour atteindre sa limite, cet accroissement aura demandé plusieurs jours.

D'après Obalinski [1], la constatation de mouvements péristaltiques appréciables ou visibles à travers la paroi abdominale plaide pour une occlusion d'origine mécanique; l'absence de ces signes témoigne surtout d'une imperméabilité fonctionnelle. Quand l'étranglement présente une certaine durée ou qu'une péritonite lui succède, les anses venant à se paralyser, les mouvements intestinaux disparaissent.

Dans les perforations de l'intestin, avec épanchement de gaz dans la cavité péritonéale, d'Espine [2] pense qu'on peut faire le diagnostic au moyen du sthétoscope, qui donne la sensation d'un coussin à air et ne transmet pas à l'oreille le bruit des borborygmes qu'on percevrait si le tympanisme siégeait dans le tube digestif. Auffret, en auscultant le ventre dans un cas d'étranglement, a noté l'existence de gargouillements accompagnant les coliques, ressemblant, à s'y méprendre, au choc du marteau hydrostatique et s'arrêtant brusquement au niveau du siège de l'obstacle.

La matité qui a été signalée par Duplay dans les flancs ou dans les régions hypogastrique et ombilicale constituerait un signe précieux, puisqu'il serait dû à un épanchement péritonéal; dans un cas, Boiffin, ayant constaté dans les deux flancs une matité qui lui parut mobile, posa le diagnostic exact de perforation. Marchand, dans une péritonite purulente ayant présenté tous les symptômes d'une occlusion, nota à

1. *Arch. f. klin chir.*, XLVIII, 1894.
2. *Rev. méd. Suisse Rom.*, 1892.

la percussion une différence de sonorité entre les parties supérieures de l'abdomen et la région hypogastrique; mêmes particularités dans un fait de Terrillon. Le signe de Duplay a quelquefois rendu service à Terrier, mais ce dernier fait remarquer qu'on peut n'observer qu'un défaut de résonance, un son moins élevé que celui que donnent les anses distendues par les gaz, plutôt qu'une véritable matité. Nous verrons, du reste, plus loin qu'un épanchement intrapéritonéal peut se produire sans inflammation de la séreuse.

En somme, la constatation d'une submatité sera dc quelque utilité; elle indiquera surtout, mais en s'ajoutant aux autres signes, une péritonite par perforation, car dans les autres inflammations de la séreuse, le liquide péritonéal, tout au début, est rarement exsudé en assez grande abondance pour donner lieu à sa perception; mais elle peut manquer. Reclus et Jalaguier ont observé des cas où elle n'existait pas et, chez deux malades traités par ce dernier chirurgien, le seul signe qui pût faire songer à une péritonite était un très léger œdème de la paroi abdominale.

f. Dans la péritonite, le pouls est fréquent, petit, serré dès le début; il ne prend ces caractères que vers la fin, s'il y a occlusion; dans la première, la respiration est uniquement costale dès la phase initiale, l'abaissement du diaphragme déterminant de vives souffrances; dans la seconde, l'amplitude respiratoire ne diminue notablement que lorsque le météorisme des intestins a refoulé plus ou moins haut le diaphragme vers la cavité thoracique.

g. La péritonite débute le plus souvent par un

frisson, phénomène qui peut, il est vrai, passer ina perçu, l'intensité de la douleur prenant, dans l'esprit du malade, une prépondérance telle qu'il en oublie tout autre symptôme subjectif du début et que son entourage ne peut être frappé que par la vue d'un tremblement intense; exceptionnellement on a signalé le frisson dans l'étranglement (obs. de Terrier). La fièvre se rencontre habituellement dès la phase initiale dans l'inflammation du péritoine, et la température monte à 39°,40 (7 fois sur les 14 obs. de Duplay); plus tard l'hypothermie survient. Dans l'occlusion, au contraire, la température, d'abord normale ou abaissée, peut s'élever vers la fin quand une péritonite vient à se déclarer, mais il n'en est pas toujours ainsi. Nous relevons une élévation thermique de 40 degrés notée, dès le début, dans un étranglement par bride (cas de Beaudouin *in* Mém. de Nimier) Monod, dans un volvulus énorme de l'intestin, a vu, dès le commencement, le thermomètre monter à 38, 39 degrés; Krammer a constaté, dès le premier soir, 40 degrés chez une jeune fille de seize ans entrée à l'hôpital pour des accidents d'étranglement: l'autopsie montra un rétrécissement ulcéreux de la courbure droite du côlon; l'auteur impute l'hyperthermie à la résorption des matières pyrogènes par l'ulcération de l'intestin.

Par contre, il y a eu plutôt hypothermie dans quelques cas de péritonite (faits de Routier, péritonite suppurée; de Bucquoy 1879, d'Homolle (perforations).

En somme si la fièvre est une preuve presque certaine de l'inflammation du péritoine, son absence n'a pas une valeur absolue.

h. Obalinski considère la diminution précoce ou

l'absence de la sécrétion urinaire, comme dépendant plutôt d'une péritonite que d'une occlusion. Ajoutons encore que cette dernière affection amène moins rapidement que la première l'altération du facies et de l'état général.

En résumé, si chacun des différents signes que nous venons d'examiner n'a pas, pris isolément, une valeur absolue, en les coordonnant, soit pour les rapprocher, soit pour les opposer l'un à l'autre, on arriverait à avoir une quasi-certitude. C'est ainsi que, dans le cas de Comte, qui donna lieu à tant de tergiversations, il y avait une élévation thermique qui aurait pu servir de guide; de même, dans des faits de Duplay, d'Herbelin, de Cruveilhier; l'anurie, qui à elle seule ne signifierait rien, peut, au commencement, en s'ajoutant à l'hyperthermie, trancher le différent en faveur de la péritonite. Mais il faut avouer qu'il y a des cas bien difficiles, témoin l'observation de Beaudoin : son malade avait des vomissements porracés, un pouls filiforme, un ventre météorisé et douloureux, une température de 40 degrés dès les premières heures; il était logique de diagnostiquer, comme le fit le médecin, une péritonite aiguë généralisée, et cependant l'autopsie fit découvrir une bride cicatricielle étranglant la fin de l'iléon. — Eh bien, après la mort du malade, on apprit un fait que l'interrogatoire n'avait pas révélé et qui, s'il avait été connu, aurait mis sur la voie du diagnostic, c'est que trois ans avant, à la suite d'une contusion violente de l'abdomen, le sujet avait éprouvé des douleurs du ventre assez vives pour l'obliger, un mois durant, à marcher fortement courbé.

Les péritonites tuberculeuses, les entérites aiguës,

les appendicites, avons-nous dit, sont aussi susceptibles d'amener des occlusions dynamiques aiguës. Dans l'observation 14 du mémoire de Nimier, nous voyons même les accidents être rapportés à une péritonite suraiguë tuberculeuse et la nécropsie montra qu'ils étaient produits par un cancer du côlon; or le malade avait une vingtaine d'années; qui eût songé à un néoplasme? Dans l'observation de Catrin[1], on porta le même diagnostic, et c'est un volvulus de l'S iliaque qu'on trouva après la mort. Périer et Berger hésitent pendant trois jours à opérer un patient atteint d'occlusion et croient finalement à la tuberculose du péritoine; le sujet guérit sans opération et rien n'est venu ultérieurement confirmer l'idée de la péritonite spécifique. Comte, Liouville diagnostiquent chez leur malade, l'un une bride, l'autre un iléus: c'était, chez tous deux, une inflammation bacillaire de la grande séreuse; même erreur fut commise dans un cas de Lebec qui avait cru à un étranglement chez un jeune homme offrant tous les signes du choléra herniaire.

Le diagnostic des occlusions dynamiques dues à la péritonite tuberculeuse pourra être d'autant plus dificile que souvent les formes ascitique et miliaire qui les produisent amènent aussi la formation de brides et de coudures intestinales, susceptibles d'engendrer un véritable étranglement mécanique; la laparotomie faite dans l'un ou l'autre cas rendrait, du reste, les mêmes services.

La péritonite bacillaire sera distingnée d'après ses symptômes propres; dans le cas de Comte, on eût pu

1. *Soc. Méd. des Hôpit.*, 1894.

facilement la reconnaître, car la malade présentait de l'ascite, des signes pulmonaires et avait beaucoup maigri depuis quelques mois, au moment où l'occlusion apparut. Dans le fait de Catrin, on s'était basé sur l'existence d'adénites cervicales multiples pour croire à une tuberculose aiguë de la séreuse abdominale, bien que la brusquerie du début et l'aspect légèrement insolite de la maladie eussent d'abord amené quelques légères hésitations dans l'esprit du médecin traitant.

Les lésions de l'appendice iléo-cæcal, particulièrement l'appendicite perforante suraiguë, les pérityphlites (Kummel) ont aussi égaré plus d'une fois le jugement de l'observateur. — Mac Cormac opéra pour étranglement un jeune homme qui avait une perforation du diverticule iléo-cæcal; Jalaguier crut à l'existence d'une invagination chez un enfant qu'il laparotomisa et qui présentait une péritonite suppurée d'origine appendiculaire; pour lui, chez les enfants, ces perforations donnent lieu bien souvent aux symptômes de l'étranglement, sans qu'il soit possible, par les seuls signes physiques, de faire le diagnostic.

A propos des appendicites, signalons une observation de Cabaret, dans laquelle une incarcération du diverticule par l'anneau crural amena tous les signes de l'occlusion aiguë, et un fait, remarquable à plus d'un titre, de Korte (23e Congrès allemand de chirurgie, 1894). Ce dernier chirurgien laparatomise un jeune homme entré à l'hôpital pour iléus; il trouve une collection purulente qu'il draine; une fistule persiste qui lui fait croire à une appendicite; il rouvre le ventre pour enlever le corps du délit; la suppuration con-

tinuant, on fait une troisième laparotomie qui montre une tuberculose iléo-cæcale.

Il est d'autant plus nécessaire de poser un diagnostic juste que l'erreur peut entraîner à une temporisation fâcheuse : une fillette de 10 ans, soignée en ville pour pérityphlite, est, devant l'aggravation progressive des accidents, envoyée à l'hôpital 10 jours après le début de l'occlusion ; A. Broca la laparotomise et incise une bride allant du mésentère à la partie droite du détroit pelvien et étranglant l'intestin ; malheureusement l'intervention était trop tardive et la mort par collapsus suivit de quelques heures l'opération.

Les remarques que nous avons consignées plus haut, en traitant du diagnostic des péritonites, s'appliquent aux occlusions consécutives aux appendicites, entérites aiguës, pérityphlites. De plus, Talamon et Roux ont fait remarquer que, dans les appendicites perforantes suraiguës, le ventre, loin d'être ballonné, est plutôt plat et rétracté, et la paroi abdominale rendue rigide par la contracture musculaire. Il est d'autant plus important de connaître toutes ces particularités qu'elles se rencontrent justement dans les cas où la température ne peut fournir aucun renseignement. Potherat (*Rev. génér. clin.*, 1891), d'abord hésitant dans un cas d'appendicite perforante prise pour un étranglement, fit le diagnostic en se basant sur l'absence de vomissements fécaloïdes et la prédominance de la douleur dans la fosse iliaque droite ; la température n'était que de 36°.4.

Nous avons déjà suffisamment parlé des occlusions consécutives aux hernies étranglées opérées pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y insister à nouveau.

Quant à celles qui suivent les laparotomies, parti-

culièrement quand l'opération a été pratiquée pour des affections de l'utérus ou des annexes, elles peuvent être dynamiques ou mécaniques. D'après Quénu[1], on reconnaîtra ces dernières par l'absence d'émission de gaz, dans les 3 ou 4 jours qui suivent l'intervention, alors que le ventre est souple, peu douloureux, la température normale et qu'il n'existe aucun signe d'infection. Les vomissements tardifs, se produisant alors qu'on ne peut plus les attribuer au chloroforme, constituent un symptôme de grande valeur. Enfin la diminution dans la quantité d'urine, le facies grippé péritonéal, l'odeur absolument spéciale de l'haleine complètent l'ensemble symptomatique de l'occlusion ; on ne doit pas temporiser jusqu'à l'apparition des vomissements fécaloïdes : si le chirurgien attend qu'ils se produisent, il n'y a plus d'intervention possible.

Il nous reste à parler des occlusions dynamiques consécutives à l'inflammation d'organes avoisinant l'abdomen, à des lésions du système nerveux, ou survenant sans cause. La connaissance des antécédents, une investigation scrupuleuse du ventre et des régions voisines, la concomitance d'affections cérébro-spinales, dans ce dernier cas l'existence fréquente d'une paralysie vésicale et la diffusion rapide et générale du météorisme par suite de l'inertie des parois de toute la masse intestinale, souvent l'âge avancé du sujet et la disparition rapide des accidents, spontanément ou sous l'influence du traitement médical, permettront de les reconnaître. Assurément, un sujet déjà atteint d'une maladie des centres nerveux, par exemple, a

1. *Gaz. des hôpit.*, 1884.

droit comme tout autre à un étranglement mécanique; mais dans ces cas complexes les caractères distinctifs de l'occlusion vraie, que nous allons chercher à mettre en relief dans le paragraphe suivant, serviront à guider le jugement du praticien. Pour les obstructions sans cause qui, du reste, sont très rares, c'est par exclusion et après avoir passé successivement en revue, pour les éliminer, tous les agents susceptibles d'amener un iléus vrai qu'on arrivera à les reconnaître.

En somme, il nous semble que le diagnostic des occlusions dynamiques peut être établi dans la grande majorité des cas. Le groupement judicieux des signes sur lesquels nous venons de nous appesantir, le résultat du traitement médical toujours indiqué dans les 24 ou 56 premières heures du début, à moins, toutefois, que les phénomènes ne soient d'emblée suraigus et sûrement imputables à un obstacle mécanique, serviront puissamment au médecin à résoudre les difficultés du problème.

Abordant maintenant la question du diagnostic différentiel des occlusions mécaniques et mécanico-dynamiques, nous allons nous occuper tout d'abord des premières.

DIAGNOSTIC DES DIFFÉRENTS AGENTS DE L'ÉTRANGLEMENT MÉCANIQUE

L'étranglement mécanique, dont le complexus symptomatique a servi de canevas à notre description du tableau clinique des occlusions aiguës, entre dans une proportion de 26 pour 100 dans l'ensemble des faits d'occlusion intestinale, ce qu'explique suffisamment la multiplicité des agents susceptibles de l'engendrer. D'une gravité extrême et par son retentissement sur l'état général du patient et par les lésions qu'il est susceptible de déterminer rapidement sur les parois du tube digestif, il ne relève guère d'une thérapeutique purement médicale et exige, dans l'immense majorité des cas, une intervention chirurgicale précoce dont les effets seront d'autant plus heureux que le médecin aura moins temporisé.

Avant d'étudier en détail les signes pathologiques différentiels correspondant à la diversité des facteurs de l'étranglement, cherchons d'abord à reconnaître, abstraction faite de la symptomatologie générale que nous avons déjà exposée, quand il y a occlusion vraie mécanique. Deux signes, l'un appelé signe de Wahl, l'autre fondé sur l'existence d'une matité révélatrice d'un épanchement intra-péritoneal, peuvent servir à élucider le problème que nous cherchons à résoudre.

Du signe de Wahl[1].

Wahl, se basant sur les recherches expérimentales

1. *Centralb. f. chir.*, 1889, n° 9.

de Schweninger qui a démontré qu'une anse intestinale étranglée devenait le siège d'une accumulation rapide et considérable de gaz et prenait précocement dans l'abdomen une position stable, et partant de ce principe, discutable, dit Jalaguier, pour bien des cas, que la portion d'intestin située au-dessus de l'obstacle ne peut se distendre d'une manière notable, parce qu'elle se vide par les vomissements, déclare que la réplétion gazeuse de l'anse étranglée peut être la cause principale du météorisme; dans le volvulus de l'S iliaque, en particulier, ce segment d'intestin peut prendre le volume du bras, s'appliquer fortement contre la paroi abdominale et constituer la cause à peu près exclusive de son soulèvement.

Ainsi, quand une anse intestinale plus ou moins étendue (encore faut-il pourtant qu'elle ait une certaine longueur) se trouve isolée par l'agent d'étranglement, les gaz se développeront tout d'abord dans sa cavité seule et, comme conséquence, le météorisme apparent se localisera sur elle au début. De plus, maintenue en place par ce même agent de l'incarcération et ne pouvant se vider, ni par le bout supérieur ni par le bout inférieur, fermés tous deux, cette anse prendra une position fixe au milieu des circonvolutions intestinales encore mobiles; enfin le ballonnement rapide et excessif dont elle est le siège amènera une paralysie précoce de ses tuniques.

Par la vue, la percussion et surtout la palpation de l'abdomen faite sous le chloroforme, si les muscles contracturés de la paroi créent un obstacle gênant pour l'exploration manuelle, on peut donc, à condition que l'examen soit fait dans les premières heures de l'accident, en tout cas avant que le météorisme

n'ait envahi le reste du conduit digestif, constater, en un point du ventre variable avec le siège de l'obstacle, la présence d'une anse isolée, ballonnée, fixe et privée de mouvements péristaltiques.

C'est là, on le conçoit, une notion de premier ordre dont l'importance serait des plus considérables, si le signe de Wahl était constant dans tous les étranglements.

Or, si l'on a bien saisi la théorie du principe que nous venons d'exposer, on a compris que la production des phénomènes dont l'anse étranglée devient le siège est subordonnée à l'isolement complet d'un segment intestinal d'une certaine longueur qui doit être, comme il l'est dans une hernie externe étranglée, fermé à ses deux extrémités; c'est ainsi, du reste, que les choses se passent dans la majorité des cas, une bride, un diverticule, un orifice interne, un volvulus isolant le plus souvent une anse intestinale tout entière.

Mais qu'on suppose un pincement de l'intestin suffisant pour amener une occlusion aiguë, mais ne s'exerçant que sur deux points très rapprochés d'une anse, comme dans le cas de Rivet, une torsion unique et limitée de l'intestin, une striction ou un aplatissement d'une circonvolution en un seul endroit, dispositions rares mais réelles, il n'y aura plus lieu à la production du signe de Wahl. Le tube digestif se trouverait simplement, comme par une ligature, divisé en deux parties, une supérieure qui se ballonnerait dans toute son étendue, une inférieure qui resterait vide et affaissée, alors que, pour apparaître, les phénomènes sur lesquels le chirurgien allemand a provoqué l'attention réclament la segmentation du con-

duit en trois parties, une supérieure, une intermédiaire, qui est l'anse isolée, et une inférieure.

Quoi qu'il en soit, Von Wahl, dans 4 cas de volvulus, a fait le diagnostic en se basant sur le signe auquel il a donné son nom; un de ses élèves, Zœge Manteuffel, a rapporté 8 faits dans lesquels on a pu reconnaître avec précision la nature de l'étranglement, grâce à la constatation en un point de l'abdomen d'une anse résistante, tendue, immobile et privée de toute contraction péristaltique; il est probable que, si on l'eût cherchée, on eût découvert cette même disposition dans les cas de Marcus, Clément et surtout de Bayle; elle existait dans le fait de Catrin qui constata une prédominance du ballonnement avec sonorité tympanique à gauche, mais on n'y attacha pas une importance assez considérable; de même, dans une observation lue par Hartmann, en 1886, à la Société anatomique, nous voyons que le ventre était très tendu, ballonné d'une manière spéciale, le météorisme étant limité aux régions occupées par l'intestin grêle et laissant déprimés les flancs et l'épigastre; or l'autopsie fit constater un volvulus d'une anse supérieure du jéjunum et le ballonnement était exclusivement dû à la distension de cette anse; ni au-dessus ni au-dessous de l'étranglement l'intestin n'était météorisé.

Sans multiplier les exemples, constatons que Routier, dans un cas, a observé le signe de Wahl; dans un fait de Poppert, on nota, à l'autopsie, une distension considérable de l'anse tordue; l'observation que Lyot a relatée et qui a trait à un volvulus porte que : le ventre était cylindroïque et qu'il existait dans la région hypogastrique une zone de la dimension de la paume

de la main où la percussion donnait un son hydro-aérique ; la laparotomie mit à découvert une anse énorme du volume d'une bouteille. Enfin, dans une communication à la Société de médecine vaudoise (Nov. 1895) Roux a déclaré avoir observé dans deux cas de volvulus, et alors que Wahl n'avait pas encore publié son mémoire, une tuméfaction limitée de la paroi abdominale, une véritable bosse qui n'était autre que l'anse tordue.

On voit que le signe de Wahl pourra rendre souvent au praticien un service considérable, et Comte, qui l'a mis à profit dans quelques cas, lui accorde une réelle valeur.

Sans vouloir, en terminant ce paragraphe, entamer une discussion sur une question de priorité, constatons que les deux chirurgiens suisses, avant que Wahl n'eût mis en lumière la valeur diagnostique d'une tuméfaction limitée du ventre, en avaient déjà reconnu l'existence et que Gay, en Angleterre, avait remarqué que, dans le volvulus de l'S iliaque, le côté abdominal gauche était fortement distendu et tympanisé. Mais le signe paraît avoir été mal interprété. Ainsi Larguier des Bancels[1], après avoir déclaré que dans les torsions de l'intestin on constate qu'une partie des anses présente à la palpation et à la percussion une résistance anormale et une matité bien appréciable, fournit une interprétation erronée du phénomène en disant : « Ceci provient sans doute de ce que le mouvement de torsion de l'intestin a pour résultat d'appliquer ses parois l'une contre l'autre dans une étendue plus ou moins considérable, au-dessus et au-dessous

1. Thèse de Paris, 1870.

du point d'étranglement; cet accolement des parois chasse les gaz contenus dans cette partie du tube et il en résulte une matité plus ou moins grande sur toute la portion de l'intestin qui participe au mouvement de torsion imprimé à l'un de ces points. Cela explique encore pourquoi le ballonnement, quoique considérable, est généralement limité à une partie dc la surface de l'abdomen; en effet, comme les gaz sont chassés de la première portion de l'intestin qui se trouve au-dcssus de l'étranglement, ils sont obligés de distendre d'autant plus fortement les anses qui les contiennent. »

Quoi qu'il en soit, reconnaissons que, dès 1870, Larguier des Bancels constatait que, dans les torsions de l'intestin, le caractère particulier du ballonnement était d'être considérable, rapide et limité à une plus ou moins grande surface de l'abdomen; si le phénomène eût été mieux interprété, cet auteur eût sans doute reconnu toute l'importance de ce signe presque constant dans tous les étranglements.

DE LA VALEUR D'UN ÉPANCHEMENT INTRA-PÉRITONÉAL

En traitant des occlusions dynamiques consécutives aux péritonites, nous avons parlé d'un signe que Duplay a mis en relief, l'existence d'une matité ou d'une submatité en un point de l'abdomen, indice révélateur de l'épanchement inflammatoire intrapéritonéal. Or il faut savoir que, dans un certain

nombre d'occlusions mécaniques et sans qu'il y ait trace de péritonite, on peut constater l'existence d'un exsudat liquide dans la cavité du ventre. Il est même étonnant que cette particularité n'ait pas depuis longtemps attiré davantage l'attention des chirurgiens. Cependant, dès 1860, Duchaussoy avait relevé la fréquence d'une exhalation sanguine dans la cavité du péritoine et dans l'anse étranglée, particulièrement dans les cas de constriction de l'intestin grêle par bride ou dans un orifice anormal, et Lemoyne (Thèse Paris), en 1878, signalait comme un fait exceptionnel, il est vrai, l'existence d'une matité de la fosse iliaque et du flanc droit due à une hémorragie intra-abdominale dans un étranglement de l'iléon par une bride. Mais c'est tout dernièrement, dans une thèse inspirée par Gangolphe, de Lyon, qu'un de ses élèves, Camichel (Thèse de Lyon, 1895), a fait ressortir la fréquence relative de cet épanchement et son importance au point de vue du diagnostic. Dans son travail inaugural cet auteur a pu réunir 19 observations d'occlusion mécanique aiguë dans lesquelles, à l'autopsie ou au cours d'une laparotomie, on a constaté la présence d'un exsudat liquide intra-abdominal sans altération du péritoine. Il serait facile d'accroître le nombre des faits analogues; ainsi la lecture des observations de Marcus et Clément (volvulus du cæcum) nous montre qu'il y avait, dans un cas épanchement de deux litres de liquide séreux, dans l'autre de un litre et demi de sang sans trace de péritonite, et dans le fait de Labrevoit il s'écoula, à l'ouverture du ventre, environ un litre de liquide sanguinolent; le péritoine était sain.

Les 19 observations de Camichel (nous en avons

sur 22, éliminé 3 dans lesquelles il y avait péritonite), se répartissent ainsi :

8 hernies internes.	1	épanch. séreux	7	épanch. sang.
7 étrang. divertic.		—	7	—
4 — par brides.	2	—	2	—

La quantité de liquide exhalé varie depuis en verre jusqu'à deux litres et demi.

Sept fois on a constaté à la percussion de l'abdomen une matité ou une submatité dans les flancs, le bas-ventre ou les fosses iliaques; mais il est à présumer que dans plus d'un cas l'observateur a pu laisser passer inaperçu le liquide d'autant que la sensibilité du ventre a dû s'opposer le plus souvent à une exploration méthodique.

Pour élucider la question pathogénique de l'exsudat, Camichel s'est livré sur des chiens à quelques recherches expérimentales qui lui ont permis de conclure que la ligature circulaire simple de l'intestin ne détermine aucun épanchement intra-péritonéal et que ce dernier réclame pour se produire la constriction d'une anse tout entière s'exerçant également à ses deux extrémités; c'est du reste dans ces conditions que s'opère l'immense majorité des étranglements mécaniques.

En présence d'un iléus on devra donc rechercher par une percussion attentive l'existence d'une matité ou d'une submatité dans les points d'élection des épanchements intra-péritonéaux, particulièrement dans les flancs, les fosses iliaques, la région hypogastrique; pour peu que la sensibilité de l'abdomen rende l'exploration difficile, on aura recours au chloroforme. Sans doute les péritonites, comme nous l'avons dit,

peuvent créer aussi une zone de matité, mais leur cortège symptomatique et les signes différentiels sur lesquels nous avons déjà suffisamment insisté permettront de les reconnaître.

Si la percussion ne donnait aucun résultat, il serait nettement indiqué, d'après nous, de recourir à la ponction de la cavité péritonéale au moyen d'une longue aiguille fine et de la seringue de Pravaz ou de Debove. Cette pratique ne nous paraît exposer à aucun risque. La ponction serait faite dans les points déclives où l'on soupçonnerait la présence du liquide, et le danger possible de la blessure de l'intestin nous paraît bien problématique en raison de la ténuité de l'aiguille, surtout que cette petite opération devra être faite dès le début des accidents, alors que les tuniques intestinales n'ont pas encore subi d'altération et n'ont pas perdu de leur tonicité. L'aspiration d'un liquide soit sanguinolent ou, rarement, séreux, soit de sang pur, indiquerait presque sûrement l'existence d'un étranglement mécanique par bride, diverticule, orifice interne ou volvulus, mais une ponction sèche ne signifierait nullement que l'occlusion n'est pas due à une constriction exercée par l'un de ces derniers agents.

En résumé, dans les étranglements vrais et abstraction faite des invaginations, la constatation du signe de Wahl, l'existence d'une zone abdominale de matité ou l'aspiration d'un liquide hématique permettront souvent au chirurgien de formuler le diagnostic d'occlusion mécanique.

Voyons maintenant comment il sera possible de reconnaître les différentes variétés de cet iléus, mais constatons, tout d'abord, que la distinction en sera

trop souvent difficile et aléatoire; heureusement que l'erreur ne peut avoir de conséquences graves, une fois reconnu le groupe auquel ces diverses variétés doivent être rattachées.

DIAGNOSTIC DES VOLVULUS ET TORSIONS DE L'INTESTIN

Voici les caractères particuliers qui pourraient servir à reconnaître les volvulus :

Ils sont quatre fois plus fréquents chez l'homme que chez la femme. Ils siègent habituellement sur l'S iliaque et, dans ces cas, apparaissent après l'âge moyen de la vie; chez les adultes ils peuvent se rencontrer sur le cæcum et l'intestin grêle, mais rarement.

D'après Larguier des Bancels, et ses réflexions sont surtout applicables aux rotations de l'anse sigmoïde, les malades atteints de volvulus ont eu souvent des attaques antérieures d'étranglement interne consistant surtout en douleurs abdominales et en constipation opiniâtre, le plus ordinairement sans vomissement. Ces crises antérieures présentent quelques particularités dans leur mode de terminaison : quand, sous l'influence du traitement ou spontanément, la douleur du ventre qui les caractérise va disparaître, on perçoit un gargouillement accompagné de mouvements intestinaux bientôt suivis d'une abondante débâcle. Après cessation de ces accidents, le malade ressent pendant plusieurs jours de suite une douleur obtuse en un point de l'abdomen et une prostation générale.

Dans la crise de volvulus la douleur serait vive, précoce, d'abord intermittente, puis continue et réveillée

par la pression dans la fosse iliaque gauche ou droite; les vomissements fécaloïdes seraient tardifs ou pourraient manquer (3 fois sur 20, Trèves); ils firent défaut dans le volvulus de l'S iliaque relaté par Catrin; la constipation absolue pourrait s'accompagner dans la rotation de l'S, d'un ténesme de voisinage comme dans l'invagination, mais sans selles sanglantes et sans que le toucher rectal pût rien révéler.

A droite ou à gauche de la ligne blanche on pourrait, par la palpation, délimiter avec netteté une anse fixée profondément (Wahl); Von Zaege Manteuffel, dans un volvulus de l'S, dit qu'on sentait au palper une partie résistante commençant à gauche, au sortir du bassin, montant jusqu'à l'épigastre, contournant l'ombilic et se perdant à droite; le bourrelet était rénitent, sonore à la percussion; dans le cas de Labrevoit (volvulus au niveau de l'angle du côlon ascendant), l'abdomen n'était ballonné qu'à sa partie supérieure.

Dans un volvulus énorme de l'intestin grêle observé chez une jeune fille de quinze ans, habituellement constipée, Monod a noté des douleurs revenant par crises et siégeant dans la région lombaire. A noter particulièrement que le toucher rectal, dans le volvulus de l'anse sigmoïde, pourrait faire constater l'existence d'une espèce de tumeur (cas de Catrin) mal délimitée.

DIAGNOSTIC DES INVAGINATIONS ÉTRANGLÉES

C'est, de l'avis de tous les classiques, la variété qui peut être diagnostiquée le plus facilement, et elle

entre pour 1/5 dans la somme des occlusions en général.

Chez les enfants il n'y a guère qu'à l'invagination qu'on puisse songer en présence d'un début brusque d'iléus. On se tiendrait cependant, chez eux, en garde contre l'existence des vers intestinaux susceptibles d'amener des accidents trompeurs; A. Broca, chez une fillette de huit à dix ans qu'on croyait atteinte d'intussusception étranglée, vit la guérison succéder au rejet d'un ascaride. Baüer de Stettin a vu, cas tout à fait exceptionnel, une masse très dure de matières fécales amener une occlusion mortelle chez un enfant de huit ans, et Mercier tenait d'un confrère, le Dr Plouviez, l'histoire d'un enfant qui mourut rapidement d'une obstruction amenée par un polype de l'intestin grêle.

Chez l'adulte l'étranglement succède fréquemment à des phénomènes chroniques et n'arrive pas brusquement. Besnier déclare que, si les phénomènes d'occlusion éclatent dans le cours d'une entérite ou d'une dysenterie, on a affaire à une intussusception; dans le fait de Demnler, l'iléus survint concomitamment avec une entérite, mais on ne constata ni les selles ni la tumeur caractéristique de l'intussusception.

La douleur serait brusque, d'intensité croissante, mais présenterait des rémittences au bout de quelques heures; la pression l'atténuerait. L'attitude particulière des patients tenant le tronc et les cuisses fléchis ou marchant à reculons (Hutchinson), appartient aux formes chroniques plutôt qu'aux formes aiguës de l'invagination.

Les vomissements fécaloïdes seraient exceptionnels, et la constipation, très rarement absolue, alternerait avec la diarrhée et des selles muco-sanguinolentes en

s'accompagnant de ténesme ano-rectal. Quand l'étranglement siège sur l'intestin grêle, on peut trouver du sang dans les matières vomies. Ce n'est que rarement qu'on constaterait l'existence d'un ballonnement considérable, ce qu'expliquent la persistance d'une lumière étroite dans l'anse invaginée permettant le passage des gaz sous une pression forte, et la diminution, plus ou moins considérable suivant la longueur du segment intestinal étranglé, de la capacité totale du tube digestif.

Comme l'invagination occupe le plus souvent la fin de l'intestin grêle, la portion iléo-cæcale ou le gros intestin, on peut, par le toucher rectal, sentir l'extrémité inférieure du boudin invaginé ou un amas de mucosités.

Le signe le plus important, à condition que l'examen soit fait au début de la maladie, car, plus tard, le météorisme général rendrait l'exploration impossible ou défectueuse, est tiré de la constatation d'une tumeur abdominale située ordinairement dans le flanc ou la fosse iliaque gauches; la palpation manuelle simple ou combinée avec le toucher rectal ou l'introduction d'un doigt dans un anneau inguinal dilaté permettra de reconnaître une tuméfaction cylindroïque mate à la percussion. Dance dit que la fosse iliaque droite a perdu sa rénitence et qu'à gauche, au contraire, on a une sensation de relief et de dureté. On a signalé l'existence, dans la tumeur, de mouvements de soulèvement et de mouvements vermiculaires, de changements de forme survenant au moment de paroxysmes douloureux, mais ces particularités sont le propre des invaginations chroniques presque exclusivement.

DU DIAGNOSTIC DES FLEXIONS ANORMALES ET SES ADHÉRENCES

Les occlusions produites par ces agents sont plus souvent subaiguës que franchement aiguës; elles succèdent ordinairement à des inflammations des organes pelviens, à certaines opérations abdominales : hystérectomie ou ovariotomie, aux kélotomies avec résection épiploïque, aux pérityphlites, aux pelvipéritonites suites de couches ou aux péritonites tuberculeuses; sans doute ces mêmes causes peuvent amener la production de brides, mais alors l'attaque est franchement aiguë; c'est, en tout cas, chez les femmes jeunes qu'on rencontrera le plus souvent cette variété d'étranglement.

Chez un malade ayant de l'entérite chronique et des phénomènes aigus d'iléus, Jeannel diagnostiqua l'existence d'adhérences en se basant sur la constatation d'une submatité dans la fosse iliaque droite qui semblait remplie d'une masse mollasse traversée par un cordon dur et profond; l'opération montra un paquet d'intestin vide et rétracté, aggloméré et engagé dans une sorte de treillis d'adhérences et de brides. Par contre, Reverdin, croyant à des adhérences ou des coudures chez une femme opérée quatre ans avant d'un kyste de l'ovaire, trouva, à l'autopsie seulement, qu'il s'agissait d'une compression de l'intestin par un vaste épanchement sanguin rétro-péritonéal, et Kummel, laparotomisant une femme atteinte d'iléus dont il attribuait les symptômes à la torsion d'un pédicule d'un kyste ovarique, rencontra une anse d'intestin grêle étranglée par une adhérence pro-

venant d'une tumeur d'apparence carcinomateuse en relation avec l'estomac.

DU DIAGNOSTIC DES BRIDES ET DIVERTICULES

Les occlusions déterminées par ces agents sont caractérisées par l'acuité extrême des symptômes, une douleur brusque continue, déchirante, se calmant ou s'exaspérant par certaines attitudes et peu modifiée généralement par la pression, des coliques atroces, des vomissements précoces, opiniâtres, promptement fécaloïdes, souvent de l'anurie, enfin un affaissement rapide et profond de l'état général aboutissant promptement à une terminaison fatale, pour peu que les secours de l'art se fassent attendre.

Exceptionnellement la marche peut être moins aiguë, par exemple quand la bride ne détermine qu'une occlusion incomplète; ainsi, dans le fait relaté par Potier (Soc. anat. 1892), on crut d'abord à un étranglement d'origine nerveuse et, après la mort survenue au bout de quatorze jours, on constata l'existence d'un cordon gros comme une plume d'oie allant de la paroi abdominale vers la fosse iliaque droite, se terminant dans le mésentère et bridant les anses de l'intestin grêle, mais n'amenant ni stricture ni sillon localisés.

Heddacus et Williamson ont signalé des cas à peu près analogues.

Il est à retenir que fréquemment, avant l'attaque aiguë définitive, les sujets ont eu des accidents subaigus d'iléus qui ont disparu spontanément ou

sous l'influence du traitement médical. Quatre ans avant la crise qui l'emporta, le malade de Potier avait eu des symptômes d'occlusion qui rétrocédèrent pendant son transport à l'hôpital dans une voiture d'ambulance; Chassevent observa une femme âgée qui, présentant d'abord des phénomènes chroniques, fut emportée en dix heures par une crise aiguë imputable à un diverticule; les malades de Beaudoin, Eudes, Rougier avaient aussi subi antérieurement des accès d'étranglement. Dent[1] fait, du reste, remarquer que dans les iléus par brides les phénomènes n'éclatent pas aussi brusquement qu'on le pense et que les patients ont ressenti dans le passé certains prodromes : douleurs abdominales, diarrhée, sensations de froid, etc.

L'existence antérieure d'une poussée de péritonite, d'une typhlite, d'un traumatisme abdominal constitue une présomption en faveur de l'existence d'une bride; Monprofit sut faire le diagnostic chez un sujet n'ayant que des vomissements bilieux (la bride siégeait sur la partie supérieure de l'intestin), en raison de ses antécédents pathologiques révélant une péritonite antérieure.

Dans le cas de brides ou de diverticule adhérents à la paroi abdominale, Bayle pense que, peut-être, on pourrait soupçonner leur existence grâce à la constatation d'une dépression qui se produirait à la surface du ventre au niveau de leur insertion pariétale lorsqu'on comprimerait la masse intestinale avec les deux mains appliquées à plat, ensemble ou successivement, sur toute la surface de l'abdomen. Comme une bride

1. *Brit. med. journ.*, 1894, janvier.

qui adhère à la paroi a des chances d'être diverticulairc, surtout si l'adhérence a lieu au niveau ou au voisinage de l'ombilic, le diagnostic en pourrait être établi. L'auteur, voulant se rendre compte de la possibilité du fait, a institué sur le cadavre des expériences qui lui ont montré qu'une bride courte (3 centimètres environ) partant de l'iléon pour se fixer à l'ombilic déterminait une dépression qui permettrait de la reconnaître. Il ajoute du reste que le diagnostic sera toujours aléatoire, puisque, chez certains sujets normaux, la pression exercée par les mains, placées de part et d'autre de l'ombilic, amène quelquefois un affaissement en entonnoir de la région ombilicale; il est aussi nécessaire, pour que le phénomène se produise, que la bride prenne son insertion là où la peau et le péritoine sont soudés intimement l'un à l'autre. Nous avons répété l'expérience sur le cadavre et il ne nous a pas semblé qu'on puisse en tirer quelquc résultat concluant; sur le vivant, la contraction musculaire et la tension des parois abdominales sous l'influence du ballonnement intestinal, paraissent devoir s'opposer à la production d'une dépression.

Quelqucs particularités intéressantes sont encore à signaler; les brides coexistent quelquefois avec des hernies externes (Bryant, Hancock, Mercassi, Polaillon, etc.); elles sont relativement fréquentes (24 brides sur 65 cas d'étranglement, Beaugrand); c'est quand elles sont longues, fixées à un organe mobile et qu'elles forment un anneau large qu'elles engendrent des accès intermittents passagers. On a vu des symptômes d'iléus éclater à la suite de la ponction d'un kyste ovarique, la rétraction de la poche vidée ayant sans doute amené la libération d'une bride qui est

venue comprimer ou étrangler l'intestin. D'après Trèves l'anxiété extrême du visage et une grande faiblesse musculaire constatées pendant l'accès aigu constituent des présomptions en faveur d'une bride.

Les diverticules siègent ordinairement à droite de la ligne blanche; l'existence d'attaques passagères antérieures indiquerait qu'ils n'ont pas contracté d'adhérences; beaucoup plus fréquents chez l'homme que chez la femme, ils manifestent leur présence surtout chez les adultes de 20 à 30 ans.

D'après Parise, on reconnaîtrait un diverticule à l'existence d'une douleur fixe entre l'ombilic et le cæcum, d'un ballonnement limité à cette région et à l'absence de toute circonstance capable de faire croire à une bride, un rétrécissement ou une invagination.

On a relevé la coexistence des appendices diverticulaires avec des vices de conformation : bec de lièvre, spina bifida, utérus bicorne, ectopie testiculaire (Meckel), extrophie de la vessie (Dupuytren). Cazin diagnostiqua un diverticule chez un sujet, parce qu'il présentait un bec de lièvre, et on eût pu réussir tout aussi bien dans le cas de Gilette : étranglement diverticulaire, si on avait accordé à l'ectopie testiculaire que présentait le malade, toute la valeur que, dans la circonstance, offrait cette anomalie.

DU DIAGNOSTIC DES ÉTRANGLEMENTS DANS LES ORIFICES INTRA-ABDOMINAUX (HERNIES INTERNES)

Comme dans l'iléus par bride, la symptomatologie que présentent ces occlusions est remarquable par

l'intensité et l'acuité des phénomènes; le diagnostic en est peut-être plus difficile encore, témoin l'observation de Trélat : un homme de 35 ans, ayant 4 ans auparavant subi une crise d'occlusion disparue spontanément, fut repris d'accidents identiques; Trélat, en raison de la marche relativement lente et irrégulière des phénomènes, de la rareté des vomissements et de l'attaque antérieure, croit à un rétrécissement néoplasique du gros intestin; Potain, appelé en consultation, se prononce pour une invagination (il y avait un peu de submatité dans la fosse iliaque gauche), en faisant remarquer que depuis 4 ans un cancer aurait eu le temps de devenir évident; comme le dit Trélat on aurait dû conclure que ce n'était ni un cancer ni une invagination. La laparotomie, après quelques recherches assez laborieuses, fit découvrir que l'S iliaque passait par-dessus le mésentère et après l'avoir franchi plongeait dans un large orifice, probablement congénital, large de 4 doigts, ouvert sur la face droite de la membrane mésentérique.

Quand l'incarcération se fait dans une ouverture accidentelle, le blessé a quelquefois perçu un craquement au moment où s'opère l'engagement de l'anse intestinale.

Comte rapporte que chez un sujet porteur d'une hernie externe, celle-ci se réduisit subitement et spontanément au moment où débutèrent les symptômes d'un iléus dû à l'engagement d'un paquet d'intestin dans une sorte de poche formée par l'épiploon épaissi; ce fait peut s'expliquer par la traction que dut subir l'anse externe au moment où l'intestin s'engageait dans le sac épiploïque; c'est là, malheureusement, un

phénomène trop rare pour qu'on puisse tirer de sa production d'utiles renseignements.

Jonnesco attribue aux hernies internes étranglées les signes diagnostiques suivants :

Dans les hernies duodénales : phénomènes d'occlusion aiguë et coliques violentes sous forme d'accès, avec crises stomacales douloureuses. D'après ces signes, Standenmeyer a fait sur le vivant le diagnostic qui fut vérifié à l'autopsie. Si l'anse herniée est volumineuse et appartient à la partie inférieure de l'iléon on constate une tuméfaction circonscrite dans la région ombilicale et plus ou moins reportée vers l'hypochondre gauche; si elle est petite et si elle correspond à la partie supérieure de l'intestin grêle on observe des vomissements précoces non fécaloïdes, l'anurie, l'absence de tuméfaction circonscrite du ventre, une douleur fixe un peu en dehors et à gauche de l'ombilic, une marche parfois foudroyante et quelquefois des hémorrhoïdes douloureuses.

Hernies péricæcales : début fréquent à la suite d'un effort; douleur vive à la pression dans la fosse iliaque droite; souvent tuméfaction circonscrite; si l'anse herniée appartient à la portion terminale de l'iléon, les vomissements sont tardifs et les matières stercorales rejetées peu abondantes.

Hernies intersigmoïdes : douleur dans la fosse iliaque gauche; l'étranglement siège à la fin de l'iléon.

Hernies de l'hiatus de Winslow : douleurs intenses à l'épigastre; à ce niveau, tumeur mate très sensible; l'étranglement occupe habituellement le côlon ascendant ou transverse; l'incision lombaire de Bardeleben sans ouverture du péritoine permettrait d'établir le diagnostic.

Leichtenstern dit que les hernies duodéno-jéjunales volumineuses forment une tumeur circonscrite, sphérique, élastique tendue qui s'étend du mésogastre vers le côté gauche et rend à la percussion un son tympanique; l'auscultation fait percevoir des gargouillements stomacaux.

On utilisera, dans les hernies intra-pelviennes, le toucher vaginal et rectal; dans les hernies anté-vésicales, le cathétérisme métallique de la vessie en provoquant une douleur avec l'extrémité de la sonde fournirait peut-être d'utiles indications.

Chez les monorchides ou cryptorchides, en l'absence de toute autre cause évidente (se méfier des diverticules), on serait en droit de soupçonner que les accidents sont dus à une disposition anormale résultant de la présence du testicule dans la cavité abdominale, l'étranglement pouvant se faire dans la cavité vaginale rentrée dans l'abdomen ou dans un sac péritonéal anormal auquel adhère le testicule (Besnier).

Le diagnostic des hernies diaphragmatiques étranglées serait basé sur la connaissance des antécédents, l'existence d'une douleur siégeant à gauche le plus souvent dans la région sous-costale et s'irradiant vers l'épaule, la toux, la dyspnée, l'impossibilité pour le malade de se tenir couché du côté droit et la rétraction de l'abdomen. C'est dans la percussion et l'auscultation de la poitrine qu'on trouverait les indications les plus précieuses. Comme les viscères contiennent de l'air ils donnent les signes d'un pneumothorax limité.

Dans les pincements latéraux de l'intestin le diagnostic pourrait, suivant Duplay, être établi fréquemment d'après l'existence au niveau des anneaux d'une

petite tumeur et d'une douleur très vive à la pression. Ces incarcérations partielles se rencontrent de préférence chez les femmes et au niveau de l'anneau crural; il pourra y avoir quelquefois émission de selles ou au moins de quelques gaz.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des iléus attribuables à des néoplasmes indépendants de l'intestin, parce que la constatation de l'existence d'une tumeur dans l'abdomen mettra le médecin sur la voie, parce qu'ils agissent surtout par les brides ou les adhérences qu'ils engendrent et qu'ils ne produisent que rarement à eux seuls des phénomènes aigus. Dans deux cas relatés par Comte, l'un appartenant à Reverdin, l'autre à Wiesmann, l'étranglement était produit par un épanchement sanguin rétro-péritonéal et le diagnostic ne fut pas porté.

Examinons maintenant les particularités distinctives des occlusions mécanico-dynamiques.

DIAGNOSTIC DES OCCLUSIONS MÉCANICO-DYNAMIQUES

La caractéristique de ces étranglements est de succéder à un rétrécissement de la lumière du conduit digestif par un obstacle siégeant dans les parois de l'intestin ou dans sa cavité; des phénomènes d'origine nerveuse en s'y surajoutant à un moment donné, viennent rendre la sténose infranchissable. C'est dire que la crise aiguë est, dans la grande majorité des cas, précédée de troubles chroniques qui devront, tout d'abord, attirer l'attention du praticien et qui consistent en : constipation prolongée interrompue par

des évacuations de matières diarrhéiques ichoreuses et fétides, non sanglantes comme dans l'invagination : distension lente et graduelle de l'abdomen, douleurs du ventre, etc. D'après Schlange on constaterait audessus de l'obstacle l'existence d'une dilatation souvent appréciable à la vue et à la palpation, siégeant dans une anse intestinale, et animée, surtout au début, de mouvements péristaltiques souvent très prononcés.

Dans l'iléus par calcul biliaire, le diagnostic n'a pas été fait généralement. D'après Kirmisson, Rochard, Dagron, les accidents n'ont pas l'acuité qu'ils présentent dans les occlusions par brides ou volvulus. Ils se déclarent quatre fois plus souvent chez la femme que chez l'homme et à l'âge moyen de 50 à 57 ans ; les coliques hépatiques et l'ictère antérieurs sont rares (6 fois dans 105 observ.), le calcul ne pénétrant pas ordinairement dans l'intestin par la voie cholédoque ; plus souvent, on a relevé dans les antécédents, des douleurs d'estomac ou du foie, des troubles digestifs, de la sensibilité dans l'hypochondre droit avec tuméfaction de la région, rarement l'expulsion d'un calcul à facettes. Une des particularités de l'occlusion est de se manifester par crises intermittentes qui tiendraient au cheminement du calcul dans l'intestin ; les vomissements, après avoir été fécaloïdes, pourraient cesser de l'être (Van der Byl) ; tantôt le ventre est distendu, tantôt il l'est peu quand le calcul siège dans le duodénum, et on n'observe alors ni météorisme, ni vomissements fécaloïdes (Carrard).

On devra rechercher s'il n'y a pas de calculs dans les matières rejetées par les vomissements, et, par la palpation méthodique de l'abdomen faite sous le chloroforme, on s'efforcera de sentir le calcul, consta-

tation qui serait d'une grande valeur. Dans le fait de Cruveilhier on percevait dans la fosse iliaque gauche un empâtement en masse et une petite tumeur dure qui fut prise pour un cancer de l'intestin grêle; dans celui de Legros on sentait une tumeur dure dans la région iléo-cæcale qui était douloureuse, et, chez une malade ictérique, Dessauer découvrit deux tumeurs, l'une à droite sous l'angle des côtes, l'autre plus volumineuse au niveau de la valvule de Bauhin.

On soupçonnera une occlusion par matières fécales ou résidus alimentaires mal ou non digérés, chez les sujets névropathes, atteints de constipation habituelle, ayant ingéré une quantité de nourriture plus copieuse qu'à l'ordinaire ou des substances laissant beaucoup de résidus : figues, raisins, fruits à noyaux, etc. Larguier des Bancels recommande de faire très minutieuse cette enquête sur les ingesta, parce qu'il n'est pas rare de trouver dans les déjections après la guérison, ou dans l'intestin après la mort, des débris alimentaires ingérés fort longtemps avant. Par la palpation du cæcum, du côlon ascendant et transverse, de l'S iliaque, on sentira, si le ballonnement n'est pas encore généralisé, une tumeur pâteuse en forme de boudin gardant l'impression du doigt ou une série de masses dures, mobiles, arrondies; il faut savoir qu'un purgatif peut être rendu sans modification appréciable de ces tumeurs stercorales.

Krishaber, dans un cas d'occlusion de cette nature, a noté des contractions épileptiformes des muscles de la face.

Il y aura de grandes chances pour que l'iléus soit sous la dépendance d'un néoplasme intestinal quand les accidents apparaîtront chez un sujet ayant dépassé

la quarantaine, qu'on pourra localiser le siège de l'obstacle dans la région de l'S iliaque ou aux angles des côlons, et que les commémoratifs feront connaître qu'il y a eu déjà des débâcles, une issue de sang par l'anus, des selles rubanées ou ovillées; la constatation d'une tumeur aux lieux d'élection assurerait le diagnostic.

L'existence antérieure d'une fièvre typhoïde, d'une dysenterie, d'une hernie étranglée, d'une plaie ou d'une contusion de l'abdomen chez un sujet jeune, le cancer étant éliminé, fera penser à un rétrécissement simple de l'intestin.

Quand tous ces agents que nous venons de passer en revue manifestent leur présence pour la première fois, par une attaque aiguë, le diagnostic en sera parfois particulièrement délicat; dans un cas observé par Berger, Gosselin, Déjerine, ces trois médecins crurent à une bride, alors que l'iléus était causé par un cancer que Nélaton seul avait reconnu en se basant sur l'indication fournie par le malade, « que de temps en temps il avait rendu des selles peu volumineuses et comme aplaties. » En pareille circonstance, écrit Jalagnier, c'est seulement à l'aide d'une étude attentive des commémoratifs, et en tenant compte du siège probable de l'obstacle que l'on peut arriver à un diagnostic approchant de la réalité. Il faut bien connaître l'existence de ces cas afin de conserver toujours une certaine réserve quand il s'agit de formuler le diagnostic étiologique d'une occlusion aiguë.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC DU SIÈGE DE L'OBSTACLE

C'est un point important, mais difficile à élucider, de pouvoir reconnaître l'endroit où siège l'obstacle, non seulement parce que le chirurgien renseigné saura où diriger d'abord ses recherches, si la laparotomie devenait nécessaire, et que c'est beaucoup dans la circonstance, d'opérer *cito* et *tuto*, mais encore parce que du siège de l'obstacle, il est souvent permis d'en inférer la nature. Les invaginations, les volvulus, les rétrécissements, les obstructions par matières fécales, occupent ordinairement le gros intestin; les calculs, brides, diverticules, coudures et adhérences, l'intestin grêle. Réciproquement, du reste, la nature reconnue de l'obstacle pourra permettre d'en soupçonner le siège, et la considération des autres signes viendra confirmer parfois les présomptions; l'épithélioma siège surtout sur l'*S* iliaque et les angles des côlons; les brides diverticulaires à droite; le volvulus sur l'anse sigmoïde et le cæcum; les coudures dans le bassin et à la terminaison de l'iléon à une distance de 25 centimètres à 1 mètre de la valvule iléo-cæcale; les

calculs biliaires au voisinage de cette même valvule, plus rarement dans le duodénum et le jéjunum, jamais dans le gros intestin.

On peut chercher à formuler le diagnostic du siège *anatomique* et du siège *topographique* de l'iléus, le premier indiquant la partie du tube intestinal sur lequel porte l'étranglement, le second, le point de la cavité abdominale sur lequel devront porter les recherches primitives en cas d'intervention. L'un importe surtout au point de vue du pronostic et de la détermination de la nature de l'obstacle, l'autre au point de vue du traitement. Or, c'est le traitement qui doit être le but de la médecine, et conséquemment, c'est le diagnostic topographique qui présente le plus de valeur; c'est donc lui que nous aurons principalement en vue dans ce chapitre, sans rien négliger toutefois de ce qui touche la reconnaissance du siège anatomique.

Nous allons puiser les renseignements qui nous sont nécessaires dans l'étude :

1° Des signes fonctionnels;
2° Des signes objectifs;
3° De l'exploration directe.

1° *Signes fonctionnels.* — La localisation de la douleur en un point particulier désigné par le malade, surtout si la pression exagère la sensibilité et fait constater en même temps l'existence d'un relief ou d'une induration, est un signe de valeur. Besnier, d'après l'analyse de 18 observations, lui accorde une importance notable. Si l'abdomen présentait plusieurs points hyperesthésiés, l'interrogatoire du malade et la palpation minutieuse feront le plus souvent recon-

naître une sensibilité plus marquée là où la douleur initiale s'est montrée primitivement.

Nous trouvons dans les thèses de Vaudamme et Lévêque quelques faits qui viennent confirmer la valeur attachée à la localisation de la douleur; rétrécissement de l'S iliaque : douleur derrière le pubis; étranglement sous-cæcal de l'intestin grêle et occlusion par diverticule de l'iléon : douleur dans la région du cæcum; volvulus de l'angle gauche du côlon : douleur persistante à la partie supérieure du ventre; occlusion du coudc droit du côlon : douleur à droite de l'ombilic; rotation du jéjunum : douleur aux environs et un peu au-dessus de l'ombilic.

Dans un fait de Berger : bride comprimant le côlon transverse : douleur et tuméfaction à 2 doigts en dehors et au-dessous de l'ombilic à droite. Dans une observation d'iléus par calcul biliaire siégcant à 40 centimètres au-dcssous du duodénum, le maximum de sensibilité siégeait à la partie supérieure du ventre.

Nous relevons encore dans le mémoire de Nimier : cas de M. Dieu, invagination de la fin de l'iléon; douleur dans la fosse iliaque droite; cas de Bresson, diverticule iléal adhérant à droite et au-dessous de l'ombilic · doulcur à droitc de l'ombilic; cas de Labrevoit, volvulus de l'angle droit du côlon : douleur dans les flanc; cas de Billet, dégénérescence cancéreuse du côlon descendant : douleur sous les fausses côtes gauches.

D'après Trèves, dans l'occlusion aiguë de l'intestin grêle, la douleur est plus précoce, plus intense et plus continue

Crédé recommande d'utiliser comme point de repère du siège de l'obstacle le temps qui s'écoule entre

le repas et le moment où les douleurs se montrent avec le plus d'intensité; plus la période est longue, plus la partie intéressée est loin de l'estomac.

Il ne faut pas toutefois attacher à la localisation de la douleur une importance exagérée si l'on ne veut s'exposer à des mécomptes; Fage, dans une invagination iléo-cæcale, nota une douleur maxima au niveau de l'ombilic. Bordenau, dans un étranglement de la partie inférieure de l'iléon et Ulner dans une occlusion du côlon transverse, observèrent, l'un la douleur dans la région épigastrique, l'autre dans la région cæcale; de même une bride siégeant dans l'hypochondre gauche provoquait de l'hyperesthésie dans la fosse iliaque droite (cas de Breton).

Ces oppositions entre le siège de l'iléus et la localisation douloureuse, expliquent pourquoi Parise, croyant à un diverticule, fit la laparatomie à droite, bien que le malade se plaignît de souffrir à gauche, et Gay, sur la ligne médiane, le patient ressentant à gauche aussi le maximum de douleur et ayant cependant son étranglement à droite.

Brinton a fait remarquer que l'occlusion du gros intestin, en quelque point qu'elle se fasse, peut amener des douleurs à droite, en raison de l'accumulation de matières qui se fait dans le cæcum et en détermine la distension.

La sensation d'arrêt en un point de l'abdomen accusée par certains malades, appartient plutôt aux iléus chroniques.

Enfin, d'après Bellon, dans les occlusions de l'intestin grêle, les crises de coliques peuvent se suspendre pour un temps plus ou moins long quand les vomissements ont évacué le contenu intestinal; au

contraire, lorsque l'obstacle siège sur le gros intestin, les matières stagnant dans l'espace qui s'étend entre la valvule de Bauhin et le point coarcté, ne trouvant pas d'issue, la crise de coliques, au lieu de s'arrêter brusquement, ne disparaît que progressivement et après s'être prolongée.

Il ne semble pas qu'on puisse, de l'étude des vomissements, au point de vue de leur précocité d'apparition, de leur quantité ct de leur qualité, tirer des résultats bien concluants quand il s'agit de préjuger le siège de l'iléus, remarque qui s'explique facilement si l'on considère que les vomissements sont un phénomène d'ordre réflexe en rapport surtout avec le degré de coartaction de l'occlusion, le trouble plus ou moins grand apporté à l'innervation de l'intestin et la toxicité du contenu intestinal. Aussi les nombreux auteurs qui se sont occupés de la question sont-ils arrivés à des résultats quelque peu contradictoires, et nos recherches personnelles faites sur un nombre très considérable d'observations, n'ont pu nous fournir aucune conclusion ferme. D'un tableau dressé par Cossy et portant sur 46 cas, il résulterait que « lorsque l'obstacle occupe la partie inférieure de l'intestin grêle ou le gros intestin, les vomissements stercoraux auraient lieu dans le tiers des cas; tandis qu'on les observerait toujours lorsque l'obstacle plus rapproché de l'estomac, occuperait la moitié supérieure de l'intestin grêle ». Outre que l'auteur lui-même n'accorde à cette conclusion qu'une confiance médiocre, les recherches ultérieures sont venues les infirmer et on admet généralement que dans les iléus portant sur l'intestin grêle, les vomissemcnts fécaloïdes sont précoces, rebclles, et se montrent alors que le météo-

risme abdominal est encore peu considérable, tandis qu'ils sont tardifs, peu fréquents et apparaissent quand le ballonnement est très développé, si l'arrêt siège sur le gros intestin. D'après Vandamme, les vomissements, rares dans les occlusions du gros intestin parce que le malade vomit dans son cæcum, seraient abondants et rapprochés quand la constriction s'exerce dans le voisinage de la valvule de Bauhin et en arrête le fonctionnement.

L'étranglement du duodénum et de la partie supérieure du jéjunum n'occasionne guère que des vomissements alimentaires et bilieux, mais il y a des exceptions (cas de Campenon, Tillaux, etc.). Une occlusion siégeant au-dessus de l'ampoule de Vater, c'est-à-dire de l'embouchure du canal cholédoque et du conduit de Virsung, n'a déterminé que des vomissements alimentaires et muqueux.

Un certain nombre d'auteurs anglais, Hilton, Golding Bird, Barton, Barlow ont pensé que l'état de la secrétion urinaire pouvait être en relation directe avec la partie du tube digestif étranglé et, partant de ce principe, se sont demandé si les modifications quantitatives de l'urine ne constituaient pas un signe de valeur pour juger de la hauteur à laquelle se faisait l'arrêt. Mais l'anurie et l'oligurie, au moins dans les formes aiguës, étant de nature réflexe et pouvant se produire aussi bien dans le volvulus de l'S iliaque que dans les étranglements du duodénum et du jéjunum, il n'y aurait lieu d'y attacher de l'importance que dans les formes chroniques de l'iléus. Cependant Duchaussoy estime que la dysurie, l'ischurie, l'anuric se rattachent directement, dans presque tous les cas, au voisinage de l'étranglement, soit qu'il y ait com-

pression de la vessie ou du rein, soit que ces organes soient compris dans le rayon d'inflammation que l'obstacle développe autour de lui.

Enfin, d'après Leichtenstern, l'occlusion de l'intestin grêle, sauf sur une anse très élevée, entraîne toujours l'indicanurie; ce symptôme manque dans les occlusions simples du côlon, mais survient quelquefois dans les incarcérations graves de cet intestin; quand il fait défaut, c'est là un signe d'obstruction colique, surtout si les accidents sont peu aigus. Le cas échéant, il serait indiqué de rechercher la présence de l'indican dans le liquide urinaire.

Pour ce qui a trait à l'intensité des phénomènes généraux, disons que l'explosion soudaine et inattendue d'accidents aigus tranche le débat en faveur d'un obstacle sur l'intestin grêle, de même leur acuité, les nerfs de cet intestin qui proviennent du plexus solaire étant plus facilement irritables et déterminant des réflexes plus énergiques que les nerfs du gros intestin émanés des plexus lombo-aortiques.

2° *Signes objectifs.* — La constatation du signe de Wahl ou de celui de Schlange, dont nous avons déjà parlé, sera d'un grand secours pour la détermination du siège topographique de l'obstacle, à condition que l'examen soit fait de bonne heure. Comte, quelques heures après le début des accidents, ayant observé sur son malade, dans la région ombilicale, une sorte de voussure peu marquée à la vue mais appréciable à la palpation en raison de sa résistance et de sa fixité, en conclut qu'il avait affaire à un étranglement de l'intestin grêle, ce que confirma la laparatomie, faite séance tenante; Wahl, dans 4 cas, fut aussi heureux.

Puisque, d'après la théorie de cet auteur, c'est l'anse étranglée qui se ballonne la première, on comprend que la constatation d'une sonorité bien délimitée en un point du ventre indique que l'arrêt siège dans cet endroit et non plus bas, comme on serait tenté de le croire, d'après les idées courantes. Ainsi, Lévêque, avançant que le ballonnement ne peut servir au début pour déterminer la position de l'obstacle, cite, à l'appui de son assertion, une observation empruntée à Panas dans laquelle il est dit : « La percussion fournit, dans toute la moitié droite de l'abdomen, un son tympanique qui décroît et fait place à une matité relative à mesure qu'on se rapproche du flanc et de la fosse iliaque gauches; cette matité perçue dans la fosse iliaque gauche, et la réminiscence d'un fait de Trousseau, nous firent croire que l'obstacle siégeait plutôt à gauche qu'à droite; or, l'autopsie montra une lésion à droite ». Il est incontestable que si le signe de Wahl avait été connu au moment où ce fait fut observé, le chirurgien, en raison du siège de la sonorité du début, eût rapporté la position de l'obstacle à la place qui lui convenait.

Néanmoins, il faut savoir que si la découverte de l'anse ballonnée et fixée a beaucoup d'importance pour le diagnostic topographique, elle en présente beaucoup moins au point de vue du diagnostic anatomique. Dans 3 cas de volvulus de l'anse sigmoïde publiés par Zaege-Manteuffel, le ballonnement maximum occupait le centre de l'abdomen tandis que les flancs étaient relativement vides; c'est que le météorisme était dû précisément à l'S iliaque très distendue au point de dépasser à droite la région ombilicale; le fait de Clément nous montre que le cæcum en vol-

vulus et très dilaté s'était logé dans l'hypochondre gauche ; il en est de même dans celui de Marcus. On sait, du reste, que le côlon transverse allongé retombe fréquemment plus ou moins bas dans la direction de la symphyse pubienne ; quant à l'S iliaque, il n'est pas, dit Comte, de partie de l'abdomen où ne puisse la porter son humeur voyageuse.

En raison de ces considérations, on n'attachera pas à la déformation de l'abdomen produite par le ballonnement, l'importance qu'on a été tenté de lui accorder à un moment donné. Ainsi, d'après Laugier, l'obstacle occupe la fin de l'intestin grêle quand le ventre a une forme globuleuse, proéminente, en dôme, et que les flancs restent aplatis ; inversement il y aurait lésion du gros intestin quand le météorisme prédomine dans les flancs et produit l'élargissement de l'abdomen ; un flanc aplati, l'autre cintré, indiquerait un obstacle sur le côlon transverse ; de même, d'après Obalinski, la forme sphérique du ventre correspond à un arrêt au-dessus du cæcum, et la forme quadrangulaire à une occlusion de la partie inférieure du gros intestin ; mais, en réalité, dans la grande majorité des cas, comme le faisait remarquer Trélat, tout l'abdomen est ballonné uniformément, et il est bien difficile de tirer quelque déduction de la déformation que le météorisme lui imprime. Cependant, outre les quelques cas propres à Laugier, nous trouvons un certain nombre d'observations où la disposition du météorisme a fourni des indications utiles : Bœckel (*Soc. chirurg.* 1880), étranglement de la 1re portion de l'iléon : ballonnement de la région épigastrique et péri-ombilicale, dépression hypogastrique ; Boiffin, bride étranglant la fin de l'iléon : météorisme marqué de la région mé-

diane; Monod, étranglement de la fin du petit intestin : ballonnement prononcé au milieu du ventre et affaissement des parties correspondant aux côlons, phénomène qui s'accentua surtout dans l'anesthésie chloroformique; même disposition dans un volvulus énorme de l'intestin grêle; Broca, étranglement de l'intestin grêle : ventre ballonné à l'ombilic, flancs relativement aplatis. Dans l'observation de Rougier, bride fibreuse étranglant l'angle gauche du côlon, on eût pu faire au moins le diagnostic du siège, car, l'intestin grêle étant affaissé, le gros, distendu dans toute son étendue, refoulait en haut l'estomac et le diaphragme.

Quand l'arrêt siège en haut, le météorisme serait peu marqué. Dans un iléus par bride et volvulus situé à 3 mètres du pylore, Maunoury trouva un ventre plat, facile à palper; Kirmisson, dans une occlusion par bride occupant, chez un enfant de neuf ans, la partie supérieure du jéjunum, observa aussi l'affaissement du ventre.

Ainsi, s'il est permis d'attribuer parfois une certaine importance à la configuration de l'abdomen et de l'intestin météorisés, on n'oubliera pas qu'elle varie souvent quand le siège de la lésion est le même. Trélat recommande tout particulièrement de chercher à déterminer par la percussion si le cæcum est ou non dilaté, ce qui, directement ou par exclusion, permettrait de trouver la place occupée par l'obstacle sur le tube digestif. Bouveret, dans deux mémoires, a recherché, à ce point de vue, quelle pouvait être la valeur séméiologique de la dilatation du cæcum et du côlon ascendant; 5 signes, d'après cet auteur, permettraient de mettre en évidence la dilatation cæcale :

1° Clapotement permanent à timbre amphorique dans la fosse iliaque droite.

2° Soulèvement de la paroi abdominale au moment des contractions douloureuses de l'anse cæcale allongée en dos d'âne de la fosse iliaque vers le rebord costal.

3° Météorisme plus prononcé à droite qu'à gauche de l'ombilic.

4° Début de la contraction de la masse intestinale au moment des coliques dans la fosse iliaque droite.

5° Maximum de la douleur spontanée ou provoquée dans cette même fosse.

Les deux premiers signes seraient de grande valeur; les trois autres n'auraient qu'une importance secondaire.

Pour obtenir le clapotement cæcal, qui ressemble à celui de l'estomac, il faudrait secouer le bassin ou déprimer la paroi abdominale à droite avec le bord cubital de la main droite. Comme l'intestin grêle dilaté peut aussi produire du clapotement, on distinguerait ce dernier parce qu'il est variable, mobile, fugace, tandis que le premier est plus permanent et a, de plus, un timbre amphorique très manifeste.

Malheureusement, dans les cas d'occlusion aiguë, ces signes sont peu prononcés ou d'une constatation difficile, mais ils pourront rendre, néanmoins, service dans bon nombre d'étranglements mécanico-dynamiques.

Rehn, qui, dans un certain nombre des cas qu'il a opérés (13), a pu faire le diagnostic, attache une grande importance *à l'auscultation* du ventre, qui doit avoir pour but de déterminer s'il y a des mouvements péristaltiques dans l'intestin et dans quelles limites

ils se produisent, car il est établi que ces mouvements persistent dans le segment intestinal situé en amont de l'étranglement et sont supprimés dans la région qui lui est inférieure. Auffret insiste, de son côté, sur l'existence de gargouillements accompagnant les coliques, ressemblant, à s'y méprendre, au choc du marteau hydrostatique, s'arrêtant brusquement au niveau du point d'arrêt et que l'auscultation mettrait en évidcnce, et Comte déclare que l'on peut reconnaître si l'obstaclc siège sur le gros ou le petit intestin en auscultant le côlon en même temps qu'on pousse une injection élcvée dans le rectum, ainsi que Briquet et Velpeau l'ont conseillé jadis; Trèves est du même avis; du moment où on entend le liquide arriver dans le cæcum, il devient évident que l'arrêt ne siège pas sur le gros intestin.

3º *Exploration directe.* — On a cherché, devant la difficulté d'établir par la seule étude des symptômes la position de l'occlusion, à utiliser diverses méthodes d'exploration par la voie rectale et on s'est servi particulièrement, de la main, de longues sondes et des lavements élevés.

L'introduction de la main dans le rectum, qui a été préconisée par Simon de Heidelberg, et que Reclus dit avoir employée une fois dans un cas de cancer intcstinal, permettrait, d'après son auteur, d'explorer la plus grande partie de la cavité abdominale. Leale de New-York a pénétré, par ce moyen, à 40 centimètrcs de profondeur, et a pu explorer le côlon descendant et le bord inférieur du foie; il faisait saillir ses doigts à 10 centimètres au-dessus de l'ombilic et n'eut pas d'accident (main de 25 centimètres de circonférence). Par contre, Sands (main de 19 centi-

mètres de circonférence) pénétra à 30 centimètres et amena une déchirure de la muqueuse intestinale à 20 centimètres de l'anus, de même Sabine (main de 19 centimètres de circonférence), qui produisit une rupture totale du rectum à la même hauteur, soit au 1/3 supérieur de cet intestin qui n'a, à ce niveau, que 18 à 19 centimètres de circonférence.

Nous n'avons jamais essayé ce procédé que sur le cadavre, mais l'introduction de la main nous a paru difficile; elle réclame un effort violent, une poussée énergique et, quelques-uns de nos collègues l'ayant tenté, n'ont même pu arriver à pénétrer; sur le vivant, même avec l'anesthésie, la compression des tissus s'exerçant sur le poignet et le ballonnement du ventre, s'opposeraient à la perception nette des sensations, ce qui, joint à la possibilité des déchirures de l'intestin, a fait justement renoncer à l'emploi de ce moyen.

L'exploration au moyen d'une longue sonde introduite dans le rectum, encore usitée aujourd'hui, ne mérite pas tout le bien qu'on en a dit. Si, en 1862, Wachsmuth prétendait qu'on pouvait, avec un tube de suffisante longueur, pénétrer jusqu'à la valvule iléo-cæcale, Simon a montré que la pénétration n'était qu'apparente, que l'instrument, poussé même avec une certaine insistance, ne progressait pas et que, si on arrivait à le sentir jusqu'à la partie moyenne de l'abdomen, c'est que l'S iliaque, qui en a arrêté l'extrémité en la coiffant et en forçant la sonde à se couder, se laisse déprimer et mobiliser dans différentes directions. L'introduction d'un tube ne pourrait donc fournir de renseignements que pour les obstacles siégeant dans le rectum ou dans la première portion de l'anse sigmoïde.

La capacité du gros intestin étant d'environ 2 litres, on comprend que si, par un lavement élevé, on parvient à faire pénétrer cette quantité de liquide, c'est que la lésion aura son siège sur le cæcum ou plus haut; mais les différences individuelles de calibre du gros intestin ne permettent d'attacher à ce moyen qu'une valeur relative. Néanmoins, Fitz, qui lui accorde une certaine confiance, fait l'injection sous une pression relativement forte, correspondant à une colonne d'eau de 3 m. 30 pour les enfants et de 6 m. 60 pour les adultes; la rupture possible de l'intestin doit engager le chirurgien à se méfier de ce procédé. Ziemsen, au lieu de recourir à l'emploi de l'eau, fait une insufflation artificielle du gros intestin; il met en contact dans la cavité rectale 10 à 12 grammes de carbonate de soude et d'acide tartrique; il se produit alors un développement considérable de gaz, le gros intestin se dilate et il devient facile, par la percussion, de déterminer exactement ses rapports, son étendue et le point où s'exerce une constriction; sur le cadavre comme sur le vivant le forcement de la valvule de Bauhin est exceptionnel.

Il ne semble pas que l'emploi de ce dernier moyen puisse amener des accidents sinon dans des circonstances tout à fait exceptionnelles; qu'on y ait recours, ou qu'on lui préfère les injections d'eau poussées très haut, sous pression faible, on devra joindre l'auscultation de l'abdomen à la palpation et à la percussion.

En somme, nous pensons que l'étude attentive des signes fonctionnels et objectifs jointe à l'emploi prudent des moyens d'exploration que nous avons recommandés et, quelquefois, à la connaissance de la nature de l'obstacle, permettra souvent, si l'on voit le

malade dès le début des accidcnts, de déterminer le siège anatomique ou topographique de l'arrêt.

DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT DE L'INTESTIN

Pour le praticien qui verrait le patient dans la phase initiale de l'occlusion, il n'y aurait pas lieu de formuler ce diagnostic parce que l'intestin n'a pas encore, à ce moment, subi, ni au niveau ni en amont de l'obstacle, d'altération dans sa structure par le fait de l'iléus, abstraction faitc, bien entendu, des modifications causées par une production néoplasique ou un rétrécissement simple. Mais pour le chirurgien qui aurait à examiner le malade alors que l'étranglement daterait de trente-six, quarante-huit heures au plus, ce diagnostic aurait une importance majeure au point de vue du traitement à instituer. On comprend qu'on puisse, si l'intcstin semble indemne, persévérer, par exemple, dans la voie d'un traitement médical, mais qu'il en soit tout autrement si les tuniques paraissent avoir dejà subi des altérations, ou si l'inflammation a déjà envahi le péritoine; de même l'intervention chirurgicale aurait à subir, dans sa technique, certaines modifications, suivant que le tube digestif serait intact ou déjà endommagé.

Tout d'abord, on n'oubliera pas que la constatation d'un étranglement très aigu, d'une occlusion vraie mécanique, indique que l'intestin court des risques considérables et pressants, des dangers analogues a ceux qui menacent à bref délai une anse incarcérée dans un sac de hernie externe; dans ces cas, la gan-

grène et la perforation des tuniques sont rapidement imminentes. Dans un étranglement diverticulaire avec torsion de l'intestin (cas de Roy), la mort étant survenue en dix heures, l'anse comprimée présentait déjà des traces de gangrène, et cependant la constriction n'était pas énergique, puisque l'intestin rabattu et suspendu sur le diverticule ne s'étranglait que par son propre poids; dans un iléus de même nature le segment intestinal présentait, au bout de quatorze heures, des plaques livides (*in* mém. Auffret).

Comte relate quelques observations analogues: observation de Wilsezi, volvulus, puis gangrène de plusieurs anses de l'iléon au bout de trente-six heures; observation de Braün, volvulus de l'S iliaque, plaques gangreneuses au bout de quarante-huit heures; 2 observations de Zaege-Manteuffel, volvulus de l'S iliaque, gangrène de l'anse et d'une portion du côlon descendant après vingt-quatre heures; nœud compliqué de l'intestin grêle, deux anses gangrenées après vingt-huit heures.

Le sphacèle et la perforation de l'intestin seront reconnus par l'aggravation des symptômes, les progrès du collapsus et l'apparition de symptômes péritonitiques; au moment où s'opère la gangrène, il survient une rémission apparente des accidents, comme il arrive dans le sphacèle de l'intestin d'une hernie étranglée; mais cette détente trompeuse, loin de surprendre le chirurgien, est pour lui l'indice de la nécrose effectuée.

L'apparition de la péritonite sera annoncée par une élévation thermique, un changement dans la nature des douleurs ressenties par le malade, des modifications dans la sonorité abdominale et la dispa-

rition des mouvements péristaltiques de l'intestin, si toutefois on les a constatés ou si leur interruption n'est pas déjà un fait accompli. La ponction capillaire aspiratrice de la cavité péritonéale pourrait aussi indiquer quel est l'état de l'intestin d'après les caractères du liquide retiré; dans une laparotomie faite au quatrième jour pour un étranglement par bride, Breton[1] constate que l'intestin était déjà perforé et que le péritoine contenait un liquide à odeur fécaloïde.

Dans l'invagination étranglée, l'état général et la nature des selles décèleraient facilement une gangrène déjà effectuée.

APPRÉCIATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL DU MALADE

Appelé devant un sujet atteint d'étranglement, le praticien n'aura pas seulement à formuler le diagnostic de la nature de l'occlusion, de son siège et des lésions probables de l'intestin, il devra aussi, et c'est là une condition de premier ordre pour qui veut établir un traitement rationnel, s'efforcer d'estimer, « de coter » la valeur de l'état général du patient, la profondeur de l'atteinte qu'il a déjà subie si l'iléus a commencé depuis 10, 20 heures et plus. A ce point de vue, il nous paraît nécessaire de catégoriser les occlusions en trois degrés, qui correspondront à l'intensité des phénomènes réactionnels et à la gravité apparente des effets dépressifs engendrés dans l'organisme par les

1. *Arch. méd. militaire*, 1894.

troubles nerveux réflexes, la résorption des produits toxiques du contenu de l'intestin et l'intégrité ou l'altération de ce dernicr,

Occlusion du premier degré. — L'affection est à son début ou date déjà de 24 à 48 heures, mais les vomissements ne sont encore qu'alimentaires ou bilieux; les crises douloureuses sont nettement marquées; les mouvements péristaltiques de l'intestin sont appréciables; la percussion abdominale donne un son clair ou une matité localisée non imputable à la péritonite; il n'y a pas de ballonnement notable du ventre ou, s'il existe, il reste limité à l'anse étranglée; le rythme respiratoire est peu modifié (20 inspirations à la minute); le pouls est résistant, à 100 ou 110; la température n'est que légèrement abaissée ou mêmc est normale; le facies est bon, et le malade répond nettement aux questions qu'on lui adresse.

Occlusion du deuxième degré. — La maladie a débuté depuis 3 ou 4 jours, mais parfois depuis moins longtemps; l'intensité des accidents a déjà amené un déclin appréciable des forces; les vomissements fécaloïdes ont apparu, mais tendent à s'espacer en même temps que les mouvements péristaltiques visibles dc l'intestin ne se dessinent qu'à long intervalle; le ballonnement est généralisé; le son rendu à la percussion est un bruit de cloche, mais une zone limitée de matité causée par des adhérenccs intestinales ou un épanchcment est apparue pour la première fois, ou bien s'est étendue, si elle existait déjà; il y a des nausées et des éructations fréquentes; la peau est glacialc ou bien la température, d'abord abaissée, tend à monter; la respiration est gênée; le pouls est petit, précipité, de 120 à 130 pulsations, quelquefois inter-

mittent; le facies caractéristique est nettement marqué; une légère obnubilation intellectuelle force le malade à réfléchir plus que de coutume aux questions qui lui sont posées, avant d'y répondre.

Occlusion au troisième degré. — Les accidents datent de 5 à 6 jours, souvent d'une époque plus rapprochée; ou il y a du collapsus avec abaissement marqué de la température, ou des phénomènes de réaction péritonéale sont apparus; la dyspnée est très marquée, le pouls, misérable, intermittent, donne 140 à 150 pulsations ou plus, les vomissements sont rares et le ballonnement considérable, tandis que les mouvements péristaltiques de l'intestin ont disparu; l'intelligence est notablement affaiblie.

Il faut savoir que, parfois, rien, ni dans l'état local ni dans la situation générale, ne décèle la gravité des lésions déjà effectuées. Dans une observation relatée par Zaege-Manteuffel, nous lisons qu'un paysan entra à l'hôpital, avec une occlusion datant de 12 jours, dans un état général en apparence très satisfaisant et après avoir fait 100 verstes en voiture : pouls à 112, température 38,1. On l'opère de suite et on découvre une gangrène complète de l'S-iliaque et un amas de matières stercorales remplissant la cavité du petit bassin. De même, dans un cas rapporté dernièrement par Bénard (*Arch. provinc. de chirurgie*, 1894), nous voyons un enfant de onze ans venir à l'Hôtel-Dieu de Lyon, après un trajet de quelques heures en chemin de fer, avec une occlusion datant de 2 jours diagnostiquée invagination; les symptômes objectifs et subjectifs étaient peu marqués; l'enfant se plaignait surtout de douleurs abdominales violentes, revenant par crises: température 38,4; Jaboulay l'opère, séance

tenante, et trouve : un épanchement intra-péritonéal séro-sanguinolent; des anses iléales livides, distendues, très congestionnées, adhérentes sur une large surface à la paroi abdominale et un étranglement très serré, ce qu'indiquait la présence de sillons au niveau des coarctations constituées par une boucle intestinale, un nœud, une bride et deux coudures brusques. Le petit malade guérit.

Les divisions que nous venons d'établir paraîtront sans doute bien schématiques, chaque malade réagissant à sa manière propre, et il est certain qu'il est difficile de vouloir fixer un tableau clinique dans un cadre rigide et tracé d'avance; mais notre but est surtout de fournir au praticien des jalons qui lui permettront de se repérer au milieu du dédale de signes et de symptômes qui s'offriront à lui. C'est dans ses connaissances et dans son jugement clinique qu'il trouvera les autres indications nécessaires pour se guider dans la route qu'il devra suivre et dont nous n'avons donné, pour ainsi dire, qu'un plan tracé à main levée.

MARCHE A SUIVRE DANS LA RECHERCHE DU DIAGNOSTIC

Nous allons tâcher d'indiquer, en résumé, quelle est la marche à suivre pour arriver à former un diagnostic d'iléus.

Arrivé en présence du malade dans la phase initiale des accidents, on devra :

1° Prendre la température;

2° Examiner attentivement par la vue, la palpation,

la percussion et la pression forte tous les orifices susceptibles de donner naissance à une hernie;

3° S'enquérir si des accidents analogues à ceux que le malade présente actuellement se sont déjà montrés antérieurement;

4° S'informer du point où la douleur s'est déclarée primitivement;

5° Rechercher l'existence du signe de Wahl;

6° Rechercher l'existence d'une matité dans les points déclives de l'abdomen.

La température est au-dessus de le normale à 39°-40 : présumer l'existence d'une péritonite ou d'une appendicite ct en rechercher les signes; se méfier particulièrement des appendicites chez les enfants.

La température est presque normale ou même abaissée : on a affaire à un *enfant*, à une *femme*, à un *homme*.

Enfant. — Sujet dans la première année de la vie, début brusque : invagination étranglée à peu près certaine; pratiquer le toucher rectal et la palpation abdominale; s'il y avait déjà des signes antéricurs d'entérite, songer à une invagination chronique qui vient de s'étrangler.

L'enfant a quelques années. — Invagination étranglée très probable. Se méfier des ascarides ou d'une obstruction fécale, mais le traitement médical lèvera les doutes dans les 24 premières heures. Les autres causes d'occlusion sont exceptionnelles, cependant la péritonite tuberculeuse ou une appendicite peuvent produire des brides ou des adhérences.

On a affaire à une femme jeune. — Croire à une coudure, à des adhérences dans le petit bassin ou à une bride si le sujet a souffert antérieurement d'une péritonite ou a subi une opération sur l'utérus ou ses annexes.

La femme est âgée. — Elle a de 50 à 60 ans, a eu des accidents du côté des voies biliaires, ou, en l'absence de ces crises, présente soit un point douloureux soit une tuméfaction dans la région sous-costale droite : penser à une occlusion par calcul biliaire. Examiner aussi le sujet au point de vue d'un néoplasme intestinal ou d'une obstruction par stase des matières stercorales.

On se trouve en présence d'un adulte. — La prédominance des symptômes à droite est en faveur tantôt d'un diverticule, surtout s'il y a coexistence d'une anomalie quelconque de conformation et acuité très marquée des signes, tantôt d'un volvulus de la région iléo-cæcale, si le signe de Wahl est très accentué. La constatation d'une ectopie testiculaire ferait songer à une hernie interne dans une fossette péritonéale; on cherchera à mettre en relief les particularités cliniques des différentes variétés de hernies internes; un traumatisme antérieur de l'abdomen, une typhlite ou une péritonite anciennes ont pu produire une bride; des selles sanguinolentes indiqueraient une invagination.

On a affaire à un vieillard. — Songer à un néoplasme ou à un volvulus de l'S iliaque.

Pour déterminer le siège de l'obstacle, on recher-

chera le signe de Wahl et celui de Schlange; on notera la déformation abdominale causée par le ballonnement, on percutera et on auscultera la région cæcale en même temps qu'on fera prendre au malade un lavement élevé. La recherche de l'indican dans l'urine pourra rendre quelques services; un obstacle placé sur le gros intestin est très probablement un volvulus ou un cancer.

En cas de doute sur la nature de l'étranglement, pratiquer une ponction aspiratrice de la cavité péritonéale; l'issue d'un liquide hématique plaide en faveur d'une occlusion mécanique.

Enfin, d'après l'examen local et général des malades, on catégorisera les phénomènes de l'occlusion en accident du 1er, du 2e ou du 3e degré.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT DES OCCLUSIONS INTERNES AIGUËS

Parlant du traitement des occlusions, Trélat disait en 1887 : « Il n'existe pas de formule et on ne peut pas dire qu'il y ait pour l'occlusion intestinale une sorte de code, d'évangile qui permette de trancher tous les cas embarrassants. S'il était permis de voir dans les ventres qui sont le siège d'une obstruction, les préceptes thérapeutiques ne seraient pas bien difficiles à établir; on dirait : l'obstacle siège dans tel ou tel point, il est de telle ou telle nature; nous allons instituer telle ou telle opération. »

Ces paroles du regretté chirurgien indiquent quel rôle important doit être dévolu dans l'iléus, comme du reste dans toutes les maladies, à l'établissement d'un diagnostic juste, quand on veut instituer une thérapeutique rationnelle. Malheureusement ce diagnostic est souvent si difficile à formuler avec quelque précision, et l'abstention ou l'expectation prolongées peuvent avoir des inconvénients si graves que quelques chirurgiens veulent qu'on passe outre dans les cas douteux et qu'on intervienne alors résolument quitte

à faire seulement le diagnostic une fois le ventre ouvert. Si, disent-ils, on se prenait à tergiverser et à traiter par les moyens médicaux les étranglements herniaires, croit-on que les succès obtenus seraient brillants? sans doute, la laparotomie dans les occlusions aiguës est grave en raison du météorisme intestinal et des manipulations traumatisantes exercées sur l'intestin quand on se livre à la recherche de l'obstacle, mais cette gravité tient à ce qu'on attend généralement trop tard avant d'intervenir chirurgicalement, à ce qu'on perd un temps précieux dans l'administration de l'opium, des purgatifs, des lavements, etc., et que chaque heure qui s'écoule est un pas de plus vers la terminaison fatale; si l'on opérait dans les occlusions aiguës aussi vite que dans les étranglements herniaires, on aurait des résultats au moins aussi heureux que dans la kélotomie; tandis qu'en retardant cette dernière un certain nombre de cas pourraient guérir par la formation spontanée d'un anus contre nature; les autres, abandonnés au chirurgien, dans une période trop tardive, fourniraient une léthalité considérable qu'il ne serait pas juste d'imputer à la seule action chirurgicale. Supposons, dit Comte, une balance dont un des plateaux représente la statistique du traitement médical et l'autre la statistique du traitement chirurgical. En allégeant le premier plateau de tous les cas traités d'abord médicalement puis livrés trop tard au chirurgien, pour en surcharger le second, s'étonnerait-on que la statistique opératoire ne soit pas meilleure que celle du traitement médical?

Aux chirurgiens, peu nombreux du reste, qui préconisent l'intervention chirurgicale immédiate, on

peut répondre qu'un certain nombre des malades qui se présentent atteints d'iléus ont déjà offert autrefois des crises analogues qui ont disparu spontanément ou par un traitement médical, et qu'il n'y a pas de raison pour ne pas traiter l'attaque actuelle comme les précédentes (cas de Potier, Dieu, Beaudoin, Eudes, etc.); que le traitement exclusivement médical, même dans les cas aigus, donne une proportion très satisfaisante de guérisons, et qu'on a vu parfois l'iléus disparaître au moment où le chirurgien allait commencer l'opération. C'est ainsi que Buchanan s'apprêtait à prendre le bistouri quand l'idée vint au patient de demander une consultation médicale; Buchanan part chercher un confrère, revient trois heures après et trouve son malade guéri; un lavement avait amené la débâcle; de même Berger vit avec Périer et Duguet un sujet qu'on allait laparotomiser quand un dernier lavement électrique fut suivi d'une émission de gaz à laquelle succéda la guérison. Du reste, les faits abondent où tous les accidents ont fini par disparaître à la suite du traitement médical.

Pour un chirurgien expérimenté, versé dans la pratique des opérations abdominales, bien outillé, il peut être facile de dénouer le nœud gordien en le tranchant résolument, et on conçoit que la précision du diagnostic soit, à ses yeux, d'une importance secondaire; en effet il a affaire : soit à une occlusion mécanique, soit à une occlusion dynamique ou mécanico-dynamique.

Dans le premier cas, il est certain qu'il y a bien peu de chances pour que l'obstacle puisse disparaître spontanément ou par un traitement médical, d'aucuns disent même qu'il n'y en a pas du tout. Cependant on

ne peut nier que des volvulus, des brides, des orifices intra-abdominaux ont pu créer des occlusions temporaires qui ont rétrocédé facilement; mais comme le traitement médical donne un taux de mortalité que l'opération précoce ne dépasserait sans doute pas (Jaboulay dit avoir eu 2/3 de guérisons en intervenant hâtivement), le chirurgien peut logiquement être en droit d'opérer toujours dans cette première catégorie.

L'occlusion est d'ordre dynamique; si elle dépend d'une péritonite par perforation, le pronostic étant fatal quand on s'abstient, n'est-il pas tout indiqué, comme l'a recommandé Michaux au dernier Congrès de chirurgie, d'ouvrir le ventre, d'aller à la recherche de la perforation pour la suturer, de nettoyer le péritoine et de refermer ensuite l'abdomen. L'iléus est-il produit par une péritonite tuberculeuse? Outre qu'une bride récente ou une coudure peuvent être la cause des accidents, n'est-il pas recommandé de faire la laparotomie dans la tuberculose du péritoine, la seule exposition de la séreuse à l'air pouvant suffire à faire rétrograder ou même à guérir la maladie. De même si l'occlusion est causée par une typhlite, une appendicite, une kélotomie ou une première laparotomie, l'ouverture du ventre sera l'opération préliminaire tout indiquée soit pour détruire une bride, soit pour traiter l'appendicite ou l'inflammation péri-cæcale suivant les indications fournies par l'inspection de la région. Il n'y aurait donc, dans cette catégorie, que les iléus relevant d'une entérite, d'une affection du système nerveux, d'une inflammation d'organes para-abdominaux, ou apparus sans cause, qui ne seraient pas justiciables du traitement chirurgical; encore pour ces derniers doit-on savoir que la seule ouver-

ture du ventre a suffi pour les faire disparaître (Maydl).

Enfin, si nous envisageons la troisième catégorie comprenant les occlusions mécanico-dynamiques, nous voyons que le chirurgien peut encore se croire autorisé à intervenir dans les iléus par calculs biliaires, l'expulsion spontanée des cholélithes étant exceptionnelle, ainsi que dans les rétrécissements simples ou cancéreux de l'intestin dont la résection peut parfois être tentée. Il ne resterait guère que les occlusions par corps étrangers, matières fécales, résidus alimentaires, dans lesquelles la laparotomie serait contre-indiquée, mais les iléus aigus de ce genre sont relativement très rares.

Ainsi on s'explique que, dans un milieu et des circonstances favorables, un chirurgien ait le droit de réclamer une intervention sanglante immédiate pour tous les cas d'occlusions aiguës, l'opération, même qnand il n'y a pas étranglement mécanique, étant nécessitée par la nature des symptômes et, si toute cause fait défaut, la seule exposition des intestins à l'air étant suffisante pour rétablir le cours des matières arrêtées. Mais, pour la grande masse des praticiens placés dans des conditions tout autres que le chirurgien d'hôpital, croit-on qu'il soit indifférent d'ouvrir ou non le ventre et que la laparotomie soit une opération, même faite d'emblée alors qu'elle est relativement facile, à laquelle ils vont se résoudre sans force objections, d'autant que depuis quelques années la faveur dc ce mode d'intervention, en Allemagne particulièrement, paraît en décroissance? — Aussi voyons-nous Kummer, en réponse à Comte qui veut traiter toutes les occlusions comme si elles

étaient constituées par un étranglement vrai, se demander si, dans les cas incertains, l'hésitation et, éventuellement, l'inaction du chirurgien n'est pas, pour le malade, préférable à une intervention rapide qui consiste à ouvrir le ventre et à rechercher un obstacle sur la nature et le siège duquel on n'est pas fixé.

En admettant même que le médecin appelé dès le début ne soit en état de pratiquer qu'une entérotomie qui permettrait de gagner du temps et de supprimer la stagnation des matières, considération qui a bien sa valeur, il est peu probable qu'il puisse se résoudre à opérer hâtivement et à infliger au patient le supplice d'une infirmité aussi repoussante que l'anus contre nature. Si donc la chirurgie a sa large part dans la thérapeutique des iléus, la médecine doit avoir aussi la sienne et, jusqu'à nouvel ordre, l'exclusivisme dans l'un ou l'autre sens ne pourrait qu'être très fâcheux au point de vue des intérêts de l'art comme de ceux du malade.

Du reste les partisans même les plus ardents de l'action chirurgicale, veulent bien admettre qu'il convient toujours de tenter, au début des occlusions, l'emploi des moyens médicaux, mais la médecine doit ne rien compromettre, ne pas fatiguer le terrain sur lequel le chirurgien pourrait être appelé à intervenir, et la durée du traitement médical doit être d'autant plus abrégée que l'étranglement paraît plus étroit. Si on voulait la prolonger outre mesure, l'aggravation des phénomènes généraux et l'explosion d'une péritonite qui, outre ses dangers propres, rendrait plus délicates les manœuvres de dégagement et multiplierait les causes d'infection, déjà si difficiles

à écarter dans l'opération (Routier), enlèveraient à l'intervention sanglante toute chance de réussite. Trélat accorde 5 heures aux tentatives médicales, mais pas plus, car quand elles doivent réussir elles agissent promptement, et Marc Sée, moins pressant, consent à un répit de 24 heures après lesquelles c'est au chirurgien à entrer en scène.

Nous préférons nous en rapporter, pour la détermination du laps de temps pendant lequel le recours exclusif aux moyens médicaux est autorisé, à l'appréciation clinique des signes locaux et généraux présentés par le patient et nous dirons :

Une fois l'iléus diagnostiqué, que la nature et le siège de l'obstacle aient été ou non reconnus, on pourra recourir au traitement purement médical tant que l'occlusion restera dans le premier degré ou dans la phase intermédiaire au premier et au deuxième degré.

Si la nature de l'occlusion est rendue évidente, insister sur l'emploi des moyens médicaux dans l'iléus dynamique ou mécanico-dynamique, même quand l'affection est entrée dans son deuxième degré; par contre si l'iléus est d'ordre mécanique et que l'étranglement paraît serré, ne pas attendre pour opérer que la maladie soit arrivée en pleine période du deuxième degré.

Cette dernière indication sera suivie si la nature de l'obstacle est seulement présumée.

Par exception, dans la péritonite par perforation, on devra ouvrir le ventre dès le début des accidents lorsque le diagnostic ne laisse place à aucune incertitude.

TRAITEMENT MÉDICAL

S'il était permis de résoudre la question du traitement des occlusions aiguës par la statistique, on serait forcé de reconnaître que les résultats obtenus par une thérapeutique médicale systématique et prolongée pendant toute la durée des accidents sont vraiment encourageants, puisque Schede admet qu'elle donne un 1/3 de guérisons, que Senator et Furhinger déclarent avoir sauvé par son emploi un malade sur trois, que Goldtlammer a signalé à la Société médicale de Berlin 15 succès sur 50 cas d'iléus, grâce à l'emploi de la médication opiacée, et que Curschmann en a relevé 37 sur 105 observations d'étranglements aigus. Mais sur les 35 décès de Goldtlammer, l'autopsie faite dans 29 cas, a montré :

10 fois un carcinome du côlon,
6 d° une invagination,
5 d° un rétrécissement cicatriciel de l'intestin,
4 d° un volvulus,
2 d° un étranglement interne,
1 d° une occlusion par calcul biliaire,
1 d° une réduction en masse d'une hernie externe.

En admettant que les dix porteurs de cancers côliques fussent voués à une mort rapide et que l'opération radicale eût été bien aléatoire chez les 5 malades atteints de rétrécissement cicatriciel de l'intestin, croit-on que, dans les 14 cas restants, une intervention chirurgicale précoce n'eût pas sauvé au moins un 1/3 des sujets? Sans doute, sur 50 cas pris en bloc, Goldtlammer a eu 15 succès, soit 30 pour 100; mais pour l'ensemble des faits, la laparotomie donne

31 pour 100 de succès (Curtis) et l'entérotomie 33 pour 100 (Trèves), et ces résultats ne seraient-ils pas plus brillants si le chirurgien n'était pas considéré comme l'ultime ressource à laquelle il ne faut recourir que lorsque le cas est manifestement désespéré?

Quoi qu'il en soit et quelles que puissent être les réflexions que suggère ce court exposé statistique, voyons à quels agents médicaux le médecin devra s'adresser, comment et dans quels cas il devra de préférence employer certains d'entre eux, puisqu'une thérapeutique vraiment rationnelle doit, à chaque fait particulier, appliquer le moyen le mieux approprié.

Les moyens médicaux sont les uns d'ordre physiologique, les autres d'ordre mécanique.

Moyens physiologiques. — Avant tout le malade doit être mis à un régime spécial : la diète sera presque absolue; on permettra comme boisson l'eau étendue d'alcool et l'absorption de petits morceaux de glace qui devront être déglutis de façon à arriver solides dans l'estomac ; des injections sous-cutanées assez fréquemment répétées d'une solution de sel marin ou de sérum aideront à lutter contre la déperdition des forces.

Doit-on commencer par administrer un purgatif? — C'est là une question qui, théoriquement, paraît résolue aujourd'hui ; il n'en est peut-être pas de même en pratique. Jalaguier recommande de ne donner un purgatif à aucun prix et sous aucun prétexte, son administration constituant une pratique funeste, irrationnelle, qui n'a d'autre effet que de torturer les malades et de hâter la terminaison fatale. D'un autre côté, il est certain que des obstructions aiguës ont

cédé à la médication évacuante, et Lucas Championnière, au début des occlusions qui suivent certaines kélotomies, commence toujours par administrer un purgatif.

Cependant la plupart des médecins et chirurgiens français et étrangers, et parmi ces derniers Curschmann, Comte, Baumler, proscrivent les purgatifs d'une façon absolue dans les iléus aigus. Quelques-uns consentent pourtant à l'administration du médicament, mais à la condition qu'on ne le renouvelle pas : c'est ce qu'ils appellent donner un purgatif d'exploration.

Sans doute, la première idée qui viendra naturellement à l'esprit du praticien, en face d'un malade atteint d'une constipation opiniâtre, sera de prescrire un évacuant pour voir « ce que ça donnera », puis, si la tentative est infructueuse, de recommencer pour amener l'évacuation du premier purgatif. Mais c'est là une pratique à laquelle il faut savoir absolument renoncer, à part dans quelques cas exceptionnels dont nous parlerons plus loin; trop souvent la médication évacuante a eu pour résultat d'aggraver les premiers symptômes, de diminuer la résistance du patient, d'engorger l'anse incarcérée, d'augmenter la stricture de l'intestin et d'épuiser la contractilité de ses tuniques; elle peut même, comme l'a observé Leroy d'Étiolles, produire une invagination ou amener l'étranglement d'une intussusception chronique; un malade, observé par Auffret, atteint d'abord d'iléus subaigu, se prescrit une pilule de croton tiglium : de suite les symptômes prennent une marche franchement aiguë, le ventre se ballonne et une gêne respiratoire inquiétante apparaît; chez un malade atteint de rétrécissement de l'intestin et opéré par Nicaise, un

purgatif amène l'aggravation brusque de la maladie, et la laparotomie montre que le bout supérieur de l'anse rétrécie était distendu par le liquide exsudé sous l'influence du médicament et comprimait ainsi le bout inférieur, comme la vessie en état de surdistension comprime l'embouchure des uretères. Enfin, dans l'observation II du mémoire de Nimier, nous voyons un homme, présentant d'abord des signes relativement bénins d'occlusion, être pris tout d'un coup d'une crise aiguë après l'ingestion de 25 grammes de sulfate de soude.

Il ne faut donc, pensons-nous, recourir aux purgatifs que lorsqu'on a pu établir un diagnostic évident, et seulement dans certaines occlusions dynamiques, celles qui suivent une laparotomie ou une kélotomie (quand on a de sérieuses raisons de penser que ce n'est pas une bride qui produit l'iléus), ou qui résultent soit d'une altération des centres nerveux, soit de l'inflammation d'un organe para-abdominal. On pourra aussi les employer dans les occlusions mécanico-dynamiques autres que celles amenées par un rétrécissement de l'intestin ou par un calcul biliaire.

On prescrirait dans ces cas exceptionnels l'huile de ricin ou le calomel, et on ne renouvellerait pas la prescription en face de l'échec d'une première tentative.

C'est par l'administration de l'opium ou de ses dérivés qu'il faut toujours commencer le traitement. Cette médication qui, depuis longtemps déjà, a été préconisée, en France, par Moutard-Martin et qui est, en Allemagne, chaudement recommandée par Baumler, Curschmann et Goldtlammer qui lui doit ses beaux succès, a l'avantage d'endormir les coliques de *mise-*

sere, de calmer l'intensité des mouvements intestinaux, de s'opposer à l'augmentation progressive des pressions exercées sur l'anse malade, de combattre l'hypothermie et enfin de relever le pouls.

On lui reproche, particulièrement Schmitt qui en proscrit complètement l'emploi, d'atténuer les symptômes aussi bien dans les cas justiciables seulement d'une intervention chirurgicale que dans ceux qui peuvent guérir spontanément, d'amener ainsi un calme trompeur qui fait oublier au malade et au médecin le danger réel de la maladie et de faire perdre, par les répits successifs qu'elle produit dans la marche des accidents, un temps précieux.

Il sera donc sage de ne pas persister dans l'administration de l'opium si le ballonnement du ventre continue à progresser et que la constipation demeure absolue, même quand le pouls sera bon et la fréquence des vomissements atténuée, car l'opium relève le pouls et calme la révolte des intestins.

Ces réserves faites, on administrera l'opium, suivant les prescriptions de Moutard-Martin, par la voie stomacale, sous forme d'extrait thébaïque en pilules de 1 centigramme prises d'heure en heure jusqu'à absorption de 15 à 20 centigrammes dans les 24 heures; ces doses seront plus espacées une fois le calme revenu, mais on ne donnera jamais en une fois une quantité massive du médicament pour éviter d'aggraver le collapsus.

Si le diagnostic de la catégorie dans laquelle doit être rangé l'étranglement était établi, on serait en droit de prolonger la médication opiacée dans les occlusions dynamiques ou mécanico-dynamiques, particulièrement dans l'iléus par calcul biliaire où le spasme

intestinal joue un rôle prédominant. Dans la péritonite essentielle ou par perforation, lorsque, pour une raison quelconque, on ne se résout pas à l'intervention, le traitement opiacé est nettement indiqué; on pourrait aussi fonder sur lui quelque espoir dans l'invagination étranglée et dans les coudures ou adhérences de l'intestin.

Au traitement exclusif par l'opium il est permis d'adjoindre certains moyens mécaniques ou d'autres médicaments. C'est ainsi qu'Obalinski combine la belladone avec l'opium, pratique qui, dans les iléus dynamiques, lui a permis bien souvent dc s'abstenir de toutc intervention sanglante; Kummer dit qu'en y joignant les injections intra-rectales on pourrait avoir des succès dans les formes d'occlusion ressemblant à l'étranglement herniaire, ce qu'il explique par ce fait qu'un intestin sténosé peut être perméable à un liquide injecté sous faible pression, tandis que la fermeture dcvient complète si la pression augmente, la muqueuse intestinale glissant alors vers le point sténosé; or, comme l'opium diminue la contraction intestinale, la coarctation pourrait, dans certains cas, être forcée par l'injcction liquide poussée dans un intestin immobilisé par la médication.

En même temps que l'extrait thébaïque, il serait bon de prescrire les agents susceptibles d'amener la désinfection du tube digestif et d'antiseptiser le milieu intestinal.

Si l'administration par la voie stomacale du médicament calmant n'amenait aucun soulagement, on pourrait, comme l'a recommandé Ziemsen, recourir aux lavements laudanisés ou aux injections sous-cutanées de morphine.

Les considérations précédentes nous permettent de ne pas insister sur les préparations belladonées que Kirmisson et Rochard recommandent, particulièrement dans les iléus par calculs biliaires, soit à l'intérieur à la dose de 4 à 8 centigrammes d'extrait, soit en badigeonnages sur l'abdomen en y adjoignant alors la morphine; cette pratique aurait procuré un succès à Merklen.

Nous nous bornerons à rappeler, sans y insister, l'emploi du café pris en grande quantité, des lavements de tabac, et de la glace dont les bons effets ont été vantés par Grisolle et Masson et que l'on pourrait utiliser en application sur l'abdomen.

Du lavage de l'estomac. — L'évacuation de l'estomac au moyen d'un tube siphon, pratique peu répandue en France, a trouvé surtout des défenseurs en Allemagne : Senator, Hasenclever, Mossler, Curthmann et principalement Kussmaul qui l'a préconisée le premier; cependant, même dans ce pays, un certain nombre de chirurgiens ou de médecins s'en déclarent aujourd'hui les adversaires: Bardeleben, Kahn, Kusser, etc.

Envisagé à un point de vue général, le lavage de l'estomac présente cependant des avantages très appréciables. Il diminue la pression intra-abdominale, les mouvements péristaltiques et anti-péristaltiques de l'intestin, soustrait de l'organisme les substances capables de produire l'auto-intoxication et amène une détente générale des accidents. Le lavage ne débarrasse pas seulement la cavité gastrique des matières fécaloïdes et des gaz qui l'encombrent et entretiennent les nausées et les vomissements, mais aussi la partie de l'intestin grêle avoisinante; ainsi Rehn ayant fait

laver l'estomac, dans le cours d'une laparotomie, vit les matières refluer de l'intestin vers la cavité stomacale, en diminuant le météorisme. Quelques auteurs, Senator entre autres, ont même soutenu que le lavage de l'estomac pouvait avoir une action directe sur l'obstacle existant dans les occlusions mécaniques, soit en amenant une excitation favorable des nerfs splanchniques, soit en déterminant la disparition des coudures et des flexuosités du tube intestinal et en facilitant ainsi la réintégration des anses dans leur position normale.

Le grand reproche qu'on a fait à cette méthode, c'est qu'elle amène une détente trompeuse des symptômes; le malade se sent mieux, retarde encore ou refuse une opération, et le médecin, gagné de son côté par l'amélioration apparente, se laisse aller à temporiser.

L'évacuation de l'estomac a, pourtant, ses indications. Sans doute, il ne semble pas qu'elle ait jamais guéri un étranglement mécanique, mais elle a donné des succès incontestables, comme on le constatera en parcourant la thèse de Wignolle (Paris 1890), dans bon nombre d'occlusions dynamiques ou mécanico-dynamiques.

On pourra donc, quand le diagnostic de la catégorie d'iléus aura été posé, insister sur l'emploi du lavage dans les occlusions dynamiques, ne dépendant pas d'une péritonite par perforation (il est formellement contre-indiqué dans ce cas), et dans les occlusions mécanico-dynamiques. On pourra aussi y recourir dans les iléus mécaniques, car si la laparotomie devient nécessaire, l'opération pourra se faire dans de meilleures conditions; peut-être dans les coudures le lavage pour-

rait-il avoir une action curative réelle sur l'obstacle.

Mérigot dit que le meilleur signe pour apprécier les effets de cette médication est la modification produite dans le volume et la tension de l'abdomen, plutôt que l'amélioration manifeste de l'état général, amélioration qui pourrait faire reculer, au détriment du malade, la nécessité d'une opération.

Comme l'a recommandé Duret, il sera de la plus grande utilité de recourir à l'évacuation de la cavité gastrique au moment de procéder à la laparotomie; on préviendra ainsi les vomissements chloroformiques susceptibles de déterminer l'irruption de matières fécaloïdes dans les voies aériennes (Bergmann a vu une pneumonie septique être la conséquence de cet accident) et d'amener une issue brusque et périlleuse des anses intestinales une fois le ventre ouvert. Duret préconise encore le lavage, au cours de l'opération même, comme l'a fait Rehn — car la diminution du météorisme qui s'ensuit immédiatement, facilite les recherches — et enfin après la laparotomie, dans le but de prévenir l'absorption des produits septiques de l'intestin par la muqueuse du tube digestif et la séreuse péritonéale. Le chirurgien lillois voyant, après une opération qui avait permis la levée de l'obstacle, les symptômes rester graves et les vomissements persister, fit alors un lavage de l'estomac, évacua un liquide fétide, et, dès lors, la guérison se déclara rapidement. Pour lui, le défaut d'antisepsie intestinale est une cause fréquente des échecs opératoires; c'est là une indication qu'on ne perdra pas de vue.

Enfin, on aura recours au lavage de la cavité gastrique chez les malades qui, tourmentés par des vomissements fécaloïdes incessants, refusent toute

intervention chirurgicale ou sont affaiblis à tel point que l'opération n'aurait aucune chance de succès.

Pour laver l'estomac on se servira soit du tube de Faucher, soit, de préférence, de la sonde gastrique de Debove, qui est d'un maniement plus commode. Voici sur cet appareil et sur la technique du lavage quelques renseignements que nous empruntons au traité de Debove et Remond[1].

C'est une sonde demi-rigide, réunissant les avantages du tube mou et de la sonde œsophagienne dure; elle est suffisamment résistante pour permettre au médecin de vaincre le spasme pharyngé et suffisamment souple pour rendre tout traumatisme impossible.

Elle se compose de deux parties réunies par un ajustage métallique : l'une, partie œsophagienne, absolument lisse, mesure une longueur de 50 centimètres; son diamètre extérieur varie de 10 à 14 millimètres, selon les numéros ; l'extrémité gastrique, soigneusement émoussée, présente deux orifices, l'un, plus petit, placé directement dans l'axe du tube, l'autre, latéral, long de 1 centimètre sur 4 à 5 millimètres de largeur.

La seconde partie du tube est, au contraire, complètement molle. Sa longueur, de 90 centimètres environ, permet de l'employer comme branche longue d'un siphon dont le tube œsophagien forme la branche courte. A l'extrémité libre de l'appareil s'adapte un entonnoir quelconque.

Voici comment il convient avec ce tube de procéder au lavage de l'estomac.

Le patient doit être assis, à moins de contre-indi-

1. Lavage de l'estomac. 1 vol. de la Coll. Charcot-Debove.

cation spéciale, le lavage étant plus compliqué lorsque le malade est couché.

On se place devant lui et, tout en déprimant la base de la langue avec l'index gauche, on introduit, le plus loin possible, et en la faisant glisser contre la paroi postérieure du pharynx, l'extrémité semi-rigide du tube; on peut enduire, au préalable, cette portion du tube, de vaseline, ou plus simplement la mouiller, ce qui suffit à assurer le glissement de la sonde sans amener de sensation trop pénible.

La sonde ainsi engagée et le doigt gauche retiré, on commande au malade de faire des mouvements de déglutition en même temps qu'on continue à propulser lentement le tube entraîné par les contractions œsophagiennes: le patient doit, en même temps, avaler et souffler, ce qui sert et à faciliter la déglutition de la salive dont l'accumulation provoquerait des efforts de toux et à indiquer au médecin qu'il n'est pas engagé dans les voies aériennes.

Un léger ressaut indique le passage du cardia en même temps que la virole métallique placée à 50 centimètres du bec de la portion œsophagienne arrive au contact des dents.

On fait alors incliner en avant la tête du patient, ce qui facilite la descente du courant sanguin céphalique vers le cœur et l'écoulement au dehors de la salive, secrétée, les premières fois, en quantité considérable; de plus, le malade respire mieux.

Comme l'opération n'est pas en réalité, dans le cas présent, un lavage véritable de l'estomac, mais une simple évacuation, il suffit d'élever au-dessus de la tête du patient l'entonnoir dans lequel on aura versé un demi-verre d'eau de Vichy ; quand le liquidc est

sur le point de disparaître (et puisqu'il est en petite quantité il sera bon pour en restreindre la vitesse d'écoulement de pincer le tube entre deux doigts), on abaissera l'entonnoir jusqu'au-dessous de la ceinture du malade; les liquides stomacaux commencent à sortir au moment où le récipient arrive au-dessous de la portion du tube engagé dans l'estomac.

On peut renouveler l'opération plusieurs fois; Duret, dans les lavages post-opératoires, fait 12 à 15 évacuations successives; deux au plus suffiront lorsqu'on a recours à ce « rinçage » comme premier moyen de traitement.

Quand on retire la sonde, le malade doit continuer à faire quelques mouvements de déglutition qui empêchent des régurgitations quelquefois pénibles. Si l'hypéresthésie pharyngée créait quelque obstacle à l'introduction de la sonde on badigeonnerait la muqueuse avec une solution de cocaïne. On évitera de pousser le tube dans le larynx, la suffocation dénonçant la fausse route, en faisant souffler le patient, ct on veillera à ce que la sonde ne s'enroule pas dans l'arrière-gorge au lieu de pénétrer dans l'œsophage; insister pour que le sujet se penche bien en avant et fasse des mouvements, aussi énergiques que possible, de déglutition, afin de prévenir les vomituritions susceptibles de détcrminer dans les voies aériennes l'entrée de matières fécaloïdes.

Le lavage est formellement proscrit si on soupçonne une péritonite par perforation de la paroi stomacale.

Traitement électrique. — Le traitement des occlusions aiguës ou chroniques par l'électricité, qui jouit encore à l'heure actuelle d'une faveur méritée, fut

préconisé, dès 1825, par Leroy d'Étiolles, contre l'invagination; Bucquoy, en 1878, publia trois succès dus à l'emploi des courants induits conseillés par Duchenne, de Boulogne. Cette même année, Henrot recommandait aussi les courants induits appliqués soit par l'électrisation recto-spinale, qui a l'inconvénient d'amener une excitation médullaire, soit plutôt par l'électrisation recto-abdominale, qui agit sur le plexus solaire et les rameaux du grand splanchnique et qu'Henrot a employée ou fait employer plusieurs centaines de fois.

Mais c'est surtout à Boudet, de Paris, qu'on doit la vulgarisation du traitement électrique des occlusions; c'est aux courants continus de grande intensité qu'il a recours, et il en a rendu, grâce à des perfectionnements successifs, l'usage presque inoffensif. En 1884, sur 76 cas qu'il avait eu à traiter, Boudet n'a eu que 17 insuccès, c'est-à-dire que 59 malades ont été guéris du symptôme occlusion. D'autre part, Larat, en 1888, a communiqué à l'Académie de Médecine un mémoire basé sur 19 observations d'iléus, traités suivant la technique de Boudet, avec 10 guérisons, et Voizot (Thèse, Paris 1890 nº 189) dit que l'électricité aurait réussi dans 70 pour 100 des cas sur 250 cas connus, et que ces résultats auraient, pour la plupart, été contrôlés par des médecins des hôpitaux de Paris.

Le traitement électrique a été couronné de succès non seulement dans les occlusions dynamiques ou mécanico-dynamiques, mais encore dans des iléus mécaniques, des invaginations, coudures, brides, etc. Dans ces derniers cas, il agirait soit en amenant une résorption des gaz par la muqueuse intestinale (Bulteau), d'où une diminution du météorisme permettant le

déplacement de l'anse incarcérée ou sa détorsion, soit en produisant des contractions de l'intestin qui dégagent ce dernier quand des adhérences solides n'ont pas encore eu le temps de s'organiser, ou que la portion coarctée est de peu d'étendue. Mais pour qu'on soit en droit de compter sur un résultat favorable, il faut agir aussitôt que possible dans la phase initiale des accidents. Si l'étranglement est d'ordre dynamique, l'électricité en triomphera en une ou deux séances; si l'iléus est mécanique, on devra faire plusieurs séances, quitte à y renoncer définitivement si, dans un délai variable avec l'intensité des phénomènes morbides et la nature probable de l'obstacle, on n'arrive à aucun résultat.

Un certain nombre de reproches ont été adressés à ce mode de traitement. Peyrot le déclare dangereux quand des accidents inflammatoires ont éclaté; cependant d'après Voizot[1], Boudet, Larat, Mérigot de Treigny, la péritonite aiguë n'est nullement une contre-indication à son emploi, l'électricité combattant la parésie de l'intestin et l'engorgement gazeux et influençant favorablement les inflammations existantes, dès qu'une évacuation a été obtenue; il suffit, dans ces cas, de n'employer que des courants de faible intensité pour éviter d'éveiller des contractions péristaltiques exagérées. Chaput[2] impute à l'électricité deux cas de mort (Pengrueber); d'autres, dit-il, qu'on a mis sur le compte de la laparotomie, sont dus à ce même agent, et Comte pose en doute les succès de Boudet et de Larat en avançant que ces deux médecins ont fait, pro-

1. Thèse de Paris, 1889-1890.
2. *France médicale*, 1888.

bablement, un choix sévère des cas, et que la plupart des malades guéris étaient atteints de formes légères d'iléus, assertion qui n'est rien moins que prouvée. En admettant que l'explication de certains succès soit difficile à donner, particulièrement quand il s'agit des occlusions mécaniques, il ne s'ensuit pas qu'il faille les dénier *a priori*.

La vérité est qu'il ne faut pas s'acharner à vouloir, par des séances répétées d'électrisation, dégager, quand même ,un intestin incarcéré parfois dans des conditions telles que le chirurgien lui-même, au cours d'une laparotomie, est embarrassé pour supprimer l'obstacle s'offrant pourtant à sa vue; il est donc nécessaire de savoir s'arrêter à temps, surtout dans les iléus suraigus; si deux ou trois séances ne suffisent pas, il y a de grandes chances pour que l'occlusion demeure définitivement rebelle au traitement, et c'est à une intervention chirurgicale qu'on recourra, avec d'autant plus de chances de réussite que le sujet n'aura pas perdu de sa résistance et que le météorisme abdominal aura rétrocédé. Ces réserves faites, et en s'en référant aux indications que nous avons données plus haut en traitant de l'appréciation de l'état général du sujet, on devra employer le lavement électrique, dans toutes les occlusions dynamiques (excepté dans celles qui dépendent d'une péritonite par perforation), dans les occlusions mécaniques, surtout dans les coudures et les invaginations si on les a diagnostiquées, enfin dans les occlusions mécanico-dynamiques où l'élément spasmodique joue un rôle important.

Voici, d'après Boudet, Larat, Schwartz[1], Courtade[2]

1. *Revue génér. de cliniq. et thérap.*, 1891.
2. — 1892.

comment il convient de donner le lavement électrique.

On choisira une pile de 24 éléments ou, à son défaut, de 12 à 15, comme celle des sonneries électriques, de préférence au bioxyde de manganèse ou au bisulfate de mercure avec collecteur, renverseur, et interrupteur; le galvanomètre d'intensité sera très sensible, car il est indispensable de connaître à tout instant l'intensité du courant employé.

L'excitateur rectal se compose d'une longue sonde en gomme recourbée (on pourrait en faire une avec la sonde œsophagienne), armée d'un mandrin métallique tubulaire (un tube de cuivre d'un diamètre convenable pourrait après quelques arrangements en faire office) dont l'extrémité n'atteint pas le niveau de l'œil de la sonde. Ce mandrin est rattaché par un fil conducteur à l'un des pôles de la batterie (pôle négatif) et raccordé au moyen d'un tuyau de caoutchouc avec la canule d'un irrigateur ordinaire rempli d'eau salée.

Ce qu'il faut retenir surtout, c'est que le mandrin tubulaire métallique ne doit, en aucun point, pas plus dans la cavité rectale qu'au niveau de l'anus, entrer en contact avec les tissus; la sonde doit lui faire un isolement absolu, au moins du côté du rectum, car du côté anal la protection contre le contact métallique est facile à obtenir; aussi serait-il bon que le bec du mandrin restât à 2 centimètres environ de l'œil de la sonde.

L'excitateur extérieur est composé d'une large plaque métallique (en étain), recouverte de peau de chamois mouillée, qu'on applique bien exactement avec des bandes soit dans la région dorsale, soit plutôt

sur la faee antérieure de l'abdomen; il est mis en eontaet avee le pôle positif.

La sonde garnie, bien enduite de vaseline, est introduite aussi loin que possible dans le reetum, et, par l'intermédiaire du tube de caoutchoue, on injeete de 1 à 2 litres d'eau salée en reeommandant au patient de bien retenir le lavement; l'injection est arrêtée au moment où survient un léger besoin d'aller à la selle. C'est eette eau salée, qui, éleetrisée par son contaet avec le mandrin, porte le eourant sur tous les points où elle entre en communication avee la muqueuse intestinale.

Tout étant prêt, on fait passer le eourant avee une faible intensité d'abord, 10 milliampères par exemple, pour aller jusqu'à 30 ou 40 progressivement. Ce courant devra passer 5 à 6 minutes sans ehoe et le patient doit résister aux envies d'aller à la selle; au bout de ce temps on renverse le eourant et on recommenee toutes les 20 ou 30 seeondes pendant 5 à 10 minutes jusqu'à ce que le sujet déclare éprouver un besoin irrésistible de déféeation. Quand on fait les renversements, on doit toujours revenir au zéro avant de ehanger le sens du eourant; leur durée doit être de 1 à 2 seeondes. On ehangera aussi plusieurs fois la sonde de plaee en la poussant ou en la retirant plus ou moins.

La séanee finie, on enlève la sonde et son mandrin; le lavement est alors éliminé, et avec lui, ou peu après, des gaz ou des matières si la désobstruetion s'est faite; ee sont, généralement les gaz qui passent les premiers et annoncent que l'obstaele est levé.

Si des séances consécutives sont néeessaires, elles

devront être espacées à 6 ou 8 heures d'intervalle pour laisser reposer le patient; on pourrait les rapprocher, de façon à ne pas perdre un temps précieux, si les accidents paraissaient très menaçants.

Hallé, dans les coudures et adhérences, recommande l'emploi des courants descendants faibles.

Il y a des contre-indications absolues à l'emploi du lavement électrique, comme : le collapsus très marqué, l'asthénie cardiaque résultant soit de lésions du cœur antérieures à l'occlusion, soit du retentissement de la lésion abdominale sur la circulation générale. On cesserait aussi toute tentative si, le malade ayant déjà subi plusieurs séances, on voyait le pouls devenir petit, misérable, précipité et intermittent.

Le lavement électrique peut s'accompagner de quelques accidents; les escarres sont toujours imputables à l'opérateur qui n'aura pas créé un isolement absolu du mandrin métallique; elles peuvent amener une péritonite par perforation, et Boudet connaît un fait dans lequel cet accident mortel se produisit, le médecin s'étant contenté d'introduire dans le rectum une sonde de femme non isolée. Les syncopes, peu graves en général, seront évitées si l'on surveille l'état du pouls et en proportionnant l'intensité du courant à la susceptibilité du malade.

Il ne faudrait pas employer l'électricité si on avait déjà eu recours aux ponctions capillaires de l'intestin : des accidents graves pourraient s'ensuivre. On ne se pressera pas non plus, si la désobstruction était obtenue, d'administrer un purgatif sous le prétexte de parfaire la guérison. Triper vit une malade atteinte d'iléus, chez laquelle on avait rétabli le cours des matières par la faradisation, succomber avec des

symptômes cholériformes, à la suite d'un purgatif (huile de croton) donné en dernier lieu.

Des ponctions capillaires. — Ce mode de traitement que nous faisons rentrer dans le domaine de la médecine, bien qu'il soit plutôt du ressort de la chirurgie courante, a été préconisé, non seulement dans le but de parer aux symptômes dépendant directement du ballonnement abdominal, particulièrement la paralysie cardiaque (Jurgensen), mais encore comme un moyen curatif de certains étranglements mécaniques, principalement par Rosenback, Trèves, Curschmann et surtout Demons, de Bordeaux. Chez un jeune homme de 25 ans, atteint d'étranglement interne avec phénomènes de collapsus, ce dernier chirurgien fit deux séances de ponctions qui dissipèrent tous les accidents; il obtint le même succès dans quelques cas d'occlusion dynamique. Lefort (Soc. chirurgie, 1879) guérit par trois ponctions un sujet atteint d'étranglement aigu auquel il allait faire la laparotomie, et Wentscher (Berl., Klin., Wochens, 1887) fut aussi heureux chez un malade affecté d'iléus avec énorme ballonnement. Curschmann a fait 6 fois la ponction avec la seringue de Pravaz, sans accidents, et 3 fois, avec un succès éclatant, sur 2 adultes d'une trentaine d'années et une femme de 70 ans chez lesquels l'occlusion était apparue brusquement; il retira en une séance 1500 centimères cubes de gaz; Delaye et Morer, virent des accidents subaigus céder aux ponctions, après échec de douches rectales gazeuses, du lavage de l'estomac et de l'électrisation. Petroff, Fraentzel, Fürbringer ont aussi retiré de ce mode de traitement des succès incontestables.

Néanmoins, la plupart des chirurgiens, français et américains particulièrement, accordent peu de confiance à l'efficacité des ponctions capillaires répétées; les coudures intestinales qui segmentent le tube digestif météorisé en une foule de départements indépendants les uns des autres nécessitent, si l'on veut avoir un résultat appréciable, un nombre presque exagéré de piqûres, et la tension des gaz peut faire transsuder dans le péritoine, même par le trou d'une aiguille fine, du liquide septique intestinal, surtout quand les tuniques de l'intestin enflammé ont perdu leur tonicité et leur contractilité. Comme le fait remarquer Verneuil, les parois du tube digestif, altérées ou surdistendues après quelques jours de maladie, peuvent laisser filtrer des matières par une insignifiante piqûre, ce qui a été constaté par Hoffmann et par Fraentzel; il y eut, dans ce dernier cas, un épanchement gazeux considérable intra-péritonéal.

Puisque les ponctions de l'intestin sont surtout à redouter lorsque l'occlusion date déjà de plusieurs jours, ou tout au moins quand les tuniques de l'intestin sont paralysées (ce que la disparition des mouvements péristaltiques visibles fera reconnaître), il serait rationnel de n'y recourir qu'au début, alors que la contractilité intestinale n'est pas encore altérée.

Sans vouloir les recommander tout particulièrement, nous croyons qu'à défaut de l'instrumentation nécessaire au lavement électrique on pourrait y recourir dans la phase initiale d'une occlusion, d'autant que l'affaissement du ventre qui s'ensuivra pourra rendre facile un diagnostic rendu impossible, d'abord, par le météorisme. Une ponction faite à temps dans le

cæcum extrêmement ballonné et en volvulus eût, peut-être, dans les cas de Marcus et de Clément, permis à cet organe de reprendre sa position normale, surtout si on y eût adjoint l'insufflation rectale, la tension de l'air injecté venant aider à la détorsion de l'anse coudée allégée d'abord par la ponction aspiratrice. Dans le fait rapporté par Bayle, l'aspiration, comme le fait remarquer judicieusement cet auteur, eût probablement amené la disparition de l'étranglement, car le diverticule adhérent ne formait pas un anneau complet, et il existait un passage que fermait l'intestin météorisé en appliquant fortement, contre la paroi abdominale, la portion ascendante du diverticule; le dégonflement de l'intestin eût ouvert à nouveau le passage. Si l'on constatait dès le début la présence du signe de Wahl, l'inconvénient serait-il grand de ponctionner avec une fine aiguille l'anse dilatée et fixée, avec l'espoir de la voir se dégager une fois vidée, d'autant que, dans certains étranglements par bride ou diverticule, l'anse suspendue sur la corde, comme du linge mis au sec, n'est maintenue dans sa position que par le poids des matières qu'elle renferme?

Par contre, on pourrait toujours recourir à la ponction aspiratrice dans les cas de ballonnement rapide, lorsque le malade, en proie à l'asphyxie, refuse tout autre opération ou que le mauvais état général ne permet pas de tenter une intervention plus sérieuse, ainsi que dans les occlusions dynamiques ou mécanico-dynamiques, quand le météorisme s'accroît avec rapidité et que les circonstances s'opposent à l'emploi de l'électricité, du lavage de l'estomac, des injections rectales, etc.; en soulageant le malade, elle le met-

trait en état de supporter plus tard, si la marche de l'iléus la réclame, une intervention plus radicale.

Quel que soit l'instrument que l'on choisisse, on prendra, avant de s'en servir, toutes les précautions antiseptiques d'usage que l'on renouvellera dans la même séance après chaque piqûre, car les ponctions doivent être très multipliées si l'on veut arriver à vider un segment notable de l'intestin. Pour enfoncer l'aiguille, on lui imprimera un mouvement de rotation, et on la soutiendra entre deux doigts à la surface de la paroi abdominale une fois la pénétration faite. Demons emploie l'aiguille n° 1 de l'appareil Dieulafoy et fait les ponctions « le vide à la main »; il retire 10, 50, 60 seringues de gaz. Les Anglais se servent d'une grosse aiguille et ne font pas d'aspiration, procédé qui, d'après le chirurgien bordelais, favoriserait l'irruption, dans le péritoine, des liquides intestinaux.

Moyens mécaniques. — Nous ne parlerons que pour mémoire du massage qui, seul ou combiné avec les injections intra-rectales, aurait pu réussir dans quelques invaginations; c'est un moyen inefficace, dangereux même dans les occlusions aiguës, pour peu que les tuniques intestinales aient subi quelques altérations; dans les iléus par calcul biliaire, ce procédé pourrait amener la rupture des adhérences cystico-intestinales et, consécutivement, un épanchement de bile et de liquide septique dans le péritoine.

On accorde généralement une confiance assez grande aux injections intra-rectales d'eau, d'huile, d'éther (Causi), susceptibles de fournir des renseignements sur le siège de l'obstacle et d'en amener la levée, dans certaines conditions, quand il siège sur le

gros intestin. Cloquet, qui a expérimenté sur le cadavre les douches faites au tube conique, conclut de ses essais que le gros intestin peut être complètement rempli sans que le tube conique laisse rien échapper, qu'on peut toujours, sans aucun inconvénient, injecter 2 litres de liquide chez l'adulte, et que l'injection dilate le gros intestin dans toute sa longueur, efface les contours et les angles, détache de ses parois les corps durs qui y adhèrent et les entraîne vers le rectum alors qu'on laisse brusquement sortir le liquide.

Cloquet fait remarquer que l'injection constitue une véritable opération chirurgicale qui ne peut être exécutée que par une main expérimentée; ce n'est que par une série d'injections semblables, souvent répétées et à doses croissantes, qu'on peut espérer obtenir l'expulsion des divers corps susceptibles d'obstruer l'intestin.

Pour Duchaussoy, les douches rectales seraient très bonnes dans les invaginations du gros intestin, quand les adhérences ne sont pas encore produites, et, si ces dernières existent déjà, le liquide pourra se frayer une voie par le canal central, délayer les matières stagnantes au-dessus de l'obstacle et faciliter ainsi leur issue. Lenharz a guéri deux occlusions de l'intestin grêle siégeant près de l'iléon (?) en injectant dans le rectum jusqu'à 4 litres de liquide; il commençait par pousser 2 litres, puis 3 dans une autre séance; il admet qu'il a dépassé la valvule de Bauhin et pénétré jusque dans l'iléon.

C'est une question encore discutée de savoir si, dans l'étranglement de l'intestin grêle, le liquide injecté pouvait forcer la valvule iléo-cæcale et arriver usqu'à l'obstacle. Oui, sur le cadavre, la valvule

se laisse franchir, mais il est probable qu'il n'en est pas de même sur un sujet en bonne santé; toutefois, chez un malade anesthésié, en pleinc résolution musculaire ou dont l'intestin est distendu par le météorisme, surtout si le traitement par l'opium est mis en œuvre, il est possible que la valvule devienne insuffisante.

Kummer se montre assez partisan des lavements auxquels il adjoint la médication opiacée et il cite Haffher qui a obtenu 2 succès avec les injections d'huile chaude, faites le malade cndormi et le bassin soulevé. Lui-même, avec Lichtein, a obtenu d'heureux résultats au moyen de lavements qu'il donne de la façon suivante : quand le patient est rcmpli d'cau au point de la rendre par une sorte de regorgement, le médecin introduit les deux index dans lc rectum et les écarte subitement; la décharge brusque de la colonne d'eau produit alors un changement subit dans la pression abdominale, susceptible de modifier l'état pathologique de l'intestin.

Au lieu d'employcr les douches à pression faible, Fitz conseille de recourir aux pressions fortes qui peuvent, commc nous l'avons dit, servir, d'après cct auteur, à établir le diagnostic; s'il y a invagination, on adjoindra à ces injections forcées le massage et l'anesthésie chloroformique. « On ne saurait trop, dit Jalaguier se mettre en garde contre des pratiques aussi brutales qui peuvent faire éclater l'intestin, et Farghar Curtes cite, dans un de ses tableaux, deux cas de rupture dc l'intestin par les injections forcées. »

En somme on pourra, dans les iléus du gros intestin, recourir aux lavcments copicux sous pression

faible, en même temps qu'on prescrira l'opium, et réussir à amener une débâcle dans les invaginations récentes et dans certaines occlusions mécanico-dynamiques. Pour les donner on n'aura besoin que d'une sonde rectale large ou d'une sonde œsophagienne, convenablement arrangée, que l'on raccordera au moyen d'un tube en caoutchouc avec un entonnoir ou un réservoir quelconque muni d'une tubulure et tenu, à une hauteur de 1 m. 50 pour les enfants et 2 m. 50 à 3 mètres pour les adultes. Le sujet sera placé soit dans la position genu-pectorale (Nikolaüs, Hegar), soit en inversion (Folet); on n'insistera pas sur leur emploi, et une débâcle véritable sera le seul garant de leur efficacité, car il ne faudrait pas prendre pour une réelle désobstruction l'issue de quelques scybales ramenées par le courant liquide.

Les remarques précédentes peuvent s'appliquer aux insufflations d'air ou d'acide carbonique dans la cavité rectale. Curschmann, qui proscrit les lavements, leur préfère l'insufflation préconisée par Ziemsen, Runeberg, etc.; l'acide carbonique est fourni soit par un siphon d'eau de Seltz qu'on injecte en douche, soit par un mélange d'acide tartrique et de bicarbonate de soude (solutions de 20 grammes de bicarbonate et 15 grammes d'acide) qu'on administre en 2 ou 3 fois pour éviter un dégagement trop brusque de gaz.

Senn, dans ces dernières années, a recommandé l'emploi de l'hydrogène qui est aseptique et de densité faible; ce gaz qui, sous une pression de 1/4 à 2 livres par pouce carré, franchirait la valvule iléo-cæcale, pourrait dégager même les incarcérations de l'intestin grêle, et la rupture d'une anse n'est pas à crain-

dre avec cette tension gazeuse, puisque les tuniques intestinales pourraient résister à une pression de 4 à 6 kilos; c'est ainsi que Senn a pu, chez les animaux, faire ressortir par la bouche l'hydrogène introduit par le rectum.

On se gardera d'employer la méthode de Senn si on ne veut s'exposer à déterminer des ruptures du tube digestif, surtout que la maladie peut avoir amené des altérations des tuniques. Bryant, sur 20 invaginations traitées de cette façon, a observé 3 ruptures au-dessous de l'obstacle. Toutes les insufflations gazeuzes exposent du reste à ce danger; Jalaguier connaît un cas de déchirure de l'intestin produite par un lavement d'eau de Seltz; Lebec a vu le même accident se produire dans le service de Guyon, et Jürgensen a observé un emphysème généralisé succéder à une insufflation rectale.

Nous ne voulons pas cependant proscrire d'une façon absolue les lavements gazeux, qui pourront rendre service (à condition de ne pas être multipliés dans la même séance) quand l'obstacle siègera sur le gros intestin et que les accidents ne feront que débuter. C'est ainsi que Curschmann a obtenu deux succès, l'un dans un volvulus de l'S iliaque, l'autre dans une occlusion du côlon transverse.

En résumé, le traitement médical, dans les conditions et sous les réserves que nous avons posées, pourra, surtout par la combinaison des agents thérapeutiques, aboutir à d'heureux résultats dans nombre d'occlusions dynamiques ou mécanico-dynamiques et fournir même quelques succès inespérés dans des cas rares d'iléus mécaniques, particulièrement quand l'obstacle aura son siège sur le gros intestin. Mais il

faudra savoir y renoncer rapidement dans les étranglements suraigus et chaque fois que la situation générale périclitera ou que des modifications dans l'état de l'abdomen indiqueront l'imminence d'une péritonite; c'est à l'intervention chirurgicale qu'il faudra recourir alors sans plus temporiser.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT CHIRURGICAL

La chirurgie abdominale a progressé depuis l'époque peu reculée pourtant où Camper pouvait écrire cette phrase, en parlant du traitement de l'iléus: « Ferons-nous l'ouverture du ventre pour chercher l'intestin? ce serait retourner à la cruauté d'Erasistrate et d'Hérophile et on rencontrerait plus de résistance qu'Hévin qui, après avoir dans un premier mémoire vanté la gastrotomie contre les étranglements internes, en vint, sous l'influence de l'Académie, à soutenir l'opinion contraire avec la même ardeur. »

S'il semble que l'entente des chirurgiens soit presque unanime sur ces deux points : que la laparatomie entreprise pour lever l'obstacle est l'opération de choix dans les occlusions aiguës mécaniques, et que l'entérotomie, opération palliative qui fournit aux matières une voie d'échappement au-dessus de l'obstacle, doit être réservée aux cas désespérés et quand l'obstacle a son siège dans la paroi intestinale même,

en réalité l'accord, cependant, est loin d'être complet. Comme Poppert l'avait fait remarquer déjà au Congrès allemand de chirurgie, en 1887, il semble bien que, depuis quelques années, la laparotomie ait fait un pas en arrière, surtout en Allemagne, et que la faveur retourne à nouveau à l'entérotomie. C'est que, comme l'écrit Jalaguier, « nombreux sont les cas, en pratique, dans lesquels l'opération de choix doit céder le pas à l'opération de nécessité. » Sans doute, en laparotomisant un patient atteint d'occlusion, on peut espérer détruire définitivement l'obstacle, tandis que l'entérotomie n'écarte que momentanément le danger de mort immédiate, laisse subsister un état morbide qui pourra, plus tard, entraîner une issue fatale, ou tout au moins, dans les cas heureux, inflige au patient le supplice d'une infirmité repoussante. Mais que de difficultés et de dangers dans la laparotomie faite pour un étranglement interne, quand l'intestin est météorisé, l'obstacle introuvable et que le patient, comme il arrive trop souvent, est déjà plongé dans un collapsus avant-coureur de la mort!

Les discussions nombreuses auxquelles le sujet qui nous occupe a donné lieu, dans le sein de la Société de chirurgie, nous font connaître l'opinion de la majorité des chirurgiens français. En 1887, Ledentu, tout en se ralliant aux indications données plus haut, faisait remarquer qu'en raison des difficultés du diagnostic on est très exposé, en exécutant la laparotomie ou l'entérotomie, à passer à côté de la véritable indication. En fait, quand rencontrera-t-on l'heureux ensemble de conditions que réclamait antérieurement ce chirurgien pour assurer le succès d'une intervention chirurgicale :

La précision du diagnostic,

Le choix raisonné du procédé opératoire,

L'opportunité des opérations au double point de vue des indications générales et du moment le plus favorable,

La perfection du manuel opératoire,

La minutie des soins consécutifs ?

C'est surtout l'indécision habituelle du diagnostic qui, au début, rend les chirurgiens si perplexes, tandis que, plus tard, l'état général du patient les détourne d'une intervention curative qui n'aurait aucune chance de succès. Pourtant, en principe et quand les accidents sont récents, Terrier se déclare partisan de la laparotomie qui peut donner trois résultats.

1° *Négatif.* — On ne peut trouver la cause : fermer alors le ventre et établir un anus contre nature sur le gros intestin si la chose est possible ; on peut même se contenter de fixer l'anse choisie, quitte à ne l'ouvrir que plus tard si les accidents aigus persistent ;

2° *Positif.* — La cause mécaniqu est netetement déterminée ; on l'enlève, ou, si sa suppression est impossible, on se résout à l'anus artificiel placé sur l'intestin grêle, l'*S* iliaque ou le côlon descendant.

3° On constate qu'on a fait *une erreur de diagnostic* (on se trouve, par exemple, en présence d'une péritonite), on évacue l'épanchement et on lave la cavité.

En Allemagne, Rehn, qui, sur 13 cas opérés par lui par la laparotomie, a eu 10 succès, se déclare partisan

de l'opération précoce qui peut même, dit-il, donner des succès dans des cas en apparence désespérés.

Trélat, Lefort, Routier, Marc, Sée, Berger, se sont aussi déclarés partisans de la laparotomie, à condition d'opérer dans des circonstances favorables, sinon on ne ferait que compromettre la chirurgie.

En Suisse, Roux, qui, sur 8 opérés en a guéri 7 (la mort, dans le cas dont il s'agit, est imputable à la gangrène de l'intestin déclarée au moment de l'intervention), veut qu'on ouvre le ventre dans les occlusions aiguës, qu'on ait fait ou non le diagnostic, opinion appuyée par Reverdin et Julliard. Ce dernier, sur 23 cas d'étranglement interne dont 18 opérés et 5 non opérés, a eu 33 pour 100 de guérisons dans le premier cas et 20 pour 100 seulement dans le second; encore l'opération ne peut-elle être, dans les faits d'intervention, considérée comme ayant amené l'issue fatale. Comte, comme ses collègues, et certaines réserves faites imposées par l'âge du malade, son état général, la forme de l'occlusion et la possibilité ou non d'un diagnostic précis, se montre partisan de la laparotomie, tout en avouant que les plus belles dissertations ne pourront jamais dissiper l'embarras du chirurgien mis au pied du mur, c'est-à-dire en présence du malade.

L'enthousiasme avec lequel on a préconisé en Allemagne, à un moment donné, l'ouverture du ventre s'est bien refroidie depuis quelques années. Madelung se déclare, en principe, dans les occlusions aiguës, pour l'entérotomie, tout en se montrant prêt, le cas échéant, à faire la laparotomie; mais cette dernière réclame des aides nombreux, beaucoup de jour, une antisepsie rigoureuse, le météorisme la contre-in-

dique, et les malades succombent du reste ordinairement à l'intoxication; Czerny, Crédé font leurs réserves; Mikulicz veut, pour opérer, qu'on ait établi un diagnostic exact, et Schede, s'il y a collapsus dès le début, ne fait que l'entérotomie, de nombreux cas de volvulus, d'occlusions par brides ou orifices internes pouvant guérir spontanément dès que le contenu intestinal est évacué, et l'établissement de l'anus permettant de gagner un temps précieux pendant lequel les malades se remettent et reprennent une vigucur qui les rend aptes à subir, un peu plus tard, dans de bonnes conditions, l'opération radicale.

Comme le dit Schcde, l'entérotomie peut, non seulement donner issue aux matières, mais rendre encorc à l'intestin sa contractilité (cas de Verneuil-Reclus). Dans un fait de Poppert, un diverticule de Mcckel embrassait une anse intestinalc : en la vidant par une sorte d'appel *a vacuo*, l'anus artificiel permit à la portion du tube digestif engorgée de sc dégager.

Argumentant contre Verneuil défendant l'entérotomie et la préconisant dans les cas à diagnostic douteux, Richelot a déclaré que la rétention des matières fécales n'est rien, et que la constriction dc l'intestin est tout. Cependant les cas ne manquent pas dans lesquels l'issue donnée au contenu intestinal stagnant a fait rétrograder tous les accidents de l'iléus mécanique; Schede a rapporté 23 faits de ce genre, ct Genzmer, en liant incomplètement l'intestin grêle chez le lapin, a vu la mort arriver en 36 heures, tandis quc la survie était de 4 jours si on pratiquait sur l'animal l'anus artificiel.

Tandis que l'ouverture du ventre réclame, pour réussir, un concours de circonstances dcs plus heu-

reux mais aussi des plus rares, l'entérotomie, comme l'a fait remarquer Tillaux, et c'est là une considération qui a bien sa valeur pratique, est une opération que tout médecin armé seulement de sa trousse peut et doit savoir faire. Aussi comprend-on que Berger en soit venu, comme les chirurgiens allemands, à se demander s'il ne vaudrait pas mieux renoncer à la laparotomie, et se borner à faire l'anus de Littre ou de Nélaton. Chaput, tout en se déclarant partisan de l'ouverture du ventre quand il n'y a pas de ballonnement, se prononce pour l'entérotomie lorsqu'il y a du météorisme, d'autant qu'elle peut servir à élucider un diagnostic douteux, à faire reconnaître une péritonite méconnue jusque-là; une large incision dans la fosse iliaque droite pourrait, dit-il, dévoiler l'existence d'une bride, d'une invagination iléo-cæcale, d'une pérityphlite d'un diverticule; assurément on fait ainsi une sorte de laparotomie latérale, mais bien différente, cependant, de la médiane, parce que l'incision est moins longue, l'intestin pas déroulé et l'exploration réduite au minimum. En cas de découverte d'un obstacle par l'incision iliaque, on le détruirait par cette voie ou par le secours d'une petite ouverture médiane de l'abdomen et sans avoir besoin de dévider le tube digestif.

Les difficultés et les dangers reconnus de la laparatomie pratiquée avec un diagnostic obscur, quand l'état général du patient a déjà reçu une atteinte notable ou que le ventre est météorisé, expliquent pourquoi les chirurgiens ont eu recours à des modes particuliers d'intervention. C'est ainsi que Schede, Chaput, Maunoury, veulent faire d'abord l'entérotomie dans les cas précités, puis l'ouverture médiane

du ventre quand le malade est amélioré. Poppert agit ainsi chez un homme atteint d'étranglement diverticulaire et guérit son malade. Greig Smith, si l'affection est dans sa phase initiale, fait l'opération classique; le patient se trouve-t-il dans le 2e degré de l'occlusion et surtout dans le 3e, Smith se borne, après anesthésie locale, à inciser le ventre sur une longueur de 1 doigt environ, saisit l'anse distendue la plus rapprochée et établit un drainage de l'intestin incisé. C'est une pratique à peu près identique à celle-ci qui est adoptée par Comte. Dans les cas semblables, ce chirurgien recommande de faire, soit sur la ligne médiane, soit au niveau de l'obstacle, une petite incision juste suffisante pour permettre l'introduction de deux doigts et l'extraction de la première anse distendue qui se présente. Cette anse, maintenue en place par les doigts d'un aide ou une bandelette de gaze passée au travers du mésentère, est incisée à son sommet sur une petite étendue; le chirurgien, s'asseyant alors du côté du malade, assiste patiemment à l'évacuation du contenu intestinal dont il aide la sortie par des pressions douces ou des irrigations faites au moyen d'un tube en caoutchouc introduit dans l'intestin. L'opérateur doit s'armer de patience, car plusieurs heures pourront être nécessaires pour obtenir une diminution notable du ballonnement.

Ce résultat obtenu, on ferme la plaie intestinale par deux étages de suture, on désinfecte soigneusement le champ opératoire, puis, après anesthésie du patient, on agrandit l'ouverture abdominale et on se met à la recherche de l'obstacle.

Si l'évacuation cherchée ne se produisait pas, on fermerait l'incision première de l'intestin et on irait à

la recherche d'une autre anse, et cette deuxième ouverture servirait à établir l'anus lorsque le malade ne se trouvera pas en situation de supporter une intervention plus radicale.

Répondant à Comte, Kummer trouve que c'est faire aux forces du malade atteint d'occlusion aiguë un appel un peu trop grand que de le préparer à une laparotomie par une évacuation opératoire de l'intestin qui pourra durer parfois plusieurs heures, et qu'il serait préférable de faire une ouverture plus grande, qui permettrait de vider l'intestin beaucoup plus vite, en un quart d'heure par exemple, comme font Madelung et Terrier. Repoussant en principe la laparotomie dans les cas où ni la nature, ni le siège de l'obstacle ne sont connus, Kummer dit que l'essentiel est de gagner du temps dans ces situations incertaines, soit pour amener le malade à la guérison sans autre intervention, soit pour découvrir une indication à la laparotomie, et il conseille l'établissement d'une fistule stercorale, opération plus simple que celle de l'anus contre nature et qui permettra d'attendre.

Un reproche sérieux qu'on peut faire à tous ces procédés, comme à l'entérotomie en général, c'est que l'incision de l'anse intestinale courra le risque, parfois, d'être mal placée, et qu'on n'arrivera nullement au résultat désiré, qui est l'évacuation du contenu intestinal. Ainsi Fourrier (*Gazette des hôpitaux* 1865), ayant incisé la première anse gonflée qui se présenta, ne vit rien sortir et dut en ouvrir une seconde; ce fait qui l'étonne n'a rien d'extraordinaire et s'explique facilement, l'opérateur ayant dû inciser l'anse de Wahl, c'est-à-dire celle qui, étant étranglée, présentait une occlusion absolue à ses deux bouts; cet accident

devrait même arriver fréquemmcnt si l'entérotomie était faite dès le début, car le météorisme se développe et se localise alors dans l'anse tordue, et c'est infailliblement cette dernière que l'on ouvrirait. En parcourant la série d'observations recueillies par Nimier, on trouve, comme le fait judicieusement remarquer cet auteur, huit cas où l'entérotomie, même à ce titre de premier temps d'une intervention dont le second moment serait la laparatomie, aurait été inefficace. Trélat, à propos d'un cas relaté par Hartmann (volvulus), avait déjà fait remarquer que l'anus artificiel, dans la circonstance, n'aurait en rien soulagé le malade.

On pourra certainement répondre que, si une première ouverture de l'intestin ne donne rien, il faudra en faire une nouvelle sur un autre point; mais, outre que c'est là une complication aboutissant à prolonger une opération qui doit pour réussir, être menée rapidement, le chirurgien ne sera-t-il pas, le plus souvent, tenté de s'en tenir à une unique ouverture, en s'appuyant sur l'existence d'une paralysie probable de l'intestin, susceptible de disparaître au bout de quelques heures? Il est juste du reste d'ajouter que dans certains cas (Reclus, Verneuil, Terrier) on ne vit rien sortir ou presque rien par l'anus qui venait d'être créé, et cependant les phénomènes aigus s'amendèrent et les douleurs cessèrent complètement.

Il est bien difficile, avouons-le, de se faire, malgré cet exposé déjà long, des opinions qui ont trait à cette question, une opinion ferme. Il est certain qu'il ne faut pas mettre en parallèle la laparotomie et l'entérotomie, qu'elles répondent chacune à des cas absolument différents et que l'une, dans les mêmes circon-

stances ne saurait utilement remplacer l'autre. Mais il n'en est pas moins vrai que la laparotomie (naïve dans son audace, a dit Peyrot), qui doit être curative, n'est souvent qu'exploratrice ou que le premier temps d'une entérotomie établie soit dans la plaie opératoire, soit à côté d'elle, et que l'opération de Nélaton, qui doit être palliative, manque parfois son but qui est de donner issue aux matières stagnantes, tandis qu'au contraire elle peut être essentiellement curative, même dans des étranglements mécaniques. C'est ce qui explique pourquoi, après de nombreux essais comparatifs des deux méthodes, l'anus artificiel est revenu en faveur, nombre de chirurgiens, et non des moindres, le recommandant même au début des occlusions aiguës quand le diagnostic précis n'est pas établi, car dans ce cas, dit von Wahl, la laparotomie n'est qu'une vivisection à l'aveugle. Encore faut-il savoir que des circonstances pourront se rencontrer où, ni l'une ni l'autre des méthodes n'aura chance d'aboutir à un résultat heureux. Dans un cas rapporté par Lefebvre à la Société anatomique, le malade qui succomba à des accidents d'obstruction subaiguë consécutive à un cancer du rectum, présentait trois rétrécissements au-dessus du néoplasme dus à des coudures du côlon descendant; le plus élevé se trouvait à l'angle du côlon transverse et descendant; l'extirpation du néoplasme après laparotomie n'aurait pas empêché un échec, puisque les rétrécissements auraient persisté et, si l'on eût fait l'anus artificiel, c'est sur le côlon descendant ou l'S iliaque qu'on l'eût certainement établi, alors qu'il aurait dû, pour remplir un rôle utile, être placé sur l'anse cæcale.

Voici, à notre avis, comment en présence d'un iléus aigu, il faudrait régler sa conduite.

1° Le traitement médical a échoué; le malade entre dans le 2e degré d'occlusion, et le diagnostic pas plus de la nature que du siège de l'iléus n'est fait; le ballonnement n'est pas considérable — si l'on est bien outillé, bien aidé, placé dans un milieu de conditions extérieures favorables : faire la laparotomie, aller chercher l'obstacle, le supprimer si on le trouve ou si sa destruction est possible, sinon faire dans la plaie opératoire même, ou à côté, un anus contre nature, en se contentant de fixer une anse intestinale qu'on pourra ouvrir ultérieurement si les symptômes aigus ne s'amendent pas dans les 8 ou 10 heures.

Dans les mêmes conditions que plus haut : — si le ballonnement est déjà considérable, ouvrir l'abdomen par une incision de 10 centimètres, aller chercher une anse ballonnée et mobile qui, divisée sur une longueur de 5 centimètres environ suivant son bord convexe (les parties avoisinantes étant soigneusement protégées contre toute souillure), fournira en 10 minutes, un quart d'heure, une évacuation du contenu intestinal suffisante pour réduire notablement le météorisme abdominal; cela fait, fermer avec deux ou trois pinces caoutchoutées la plaie intestinale bien lavée, agrandir l'incision abdominale et chercher l'obstacle; si on ne peut le détruire fixer dans la plaie l'anse incisée et enlever les pinces.

Ce dernier procédé nous paraît présenter sur ceux de Greig, Smith et de Comte, l'avantage de la rapidité, ce qui est, dans le cas présent d'une importance majeure; pour plus de sûreté on pourrait, tout en fermant la plaie de l'intestin par des pinces garnies,

obturer la lumière du conduit au-dessus et au-dessous d'elle par deux autres pinces ou par des liens de gaze passés au travers du mésentère.

Par contre on fera l'entérotomie d'emblée lorsque, la situation du malade restant identique à celle exposée plus haut, qu'il y ait ou non météorisme, le chirurgien ne se trouve pas suffisamment aidé ou outillé.

2° Le diagnostic est établi, le ballonnement peu considérable, le consensus des conditions extérieures favorable : faire la laparatomie d'emblée, excepté dans les occlusions dynamiques par entérite, péritonite essentielle, troubles réflexes consécutifs à une kélotomie ou aux autres causes et dans les iléus mécanico-dynamiques par matières fécales, corps étrangers, rétrécissements simples et surtout cancéreux qui sont du ressort de l'entérotomie. Dans la même situation, mais avec un météorisme considérable, ouvrir encore le ventre d'emblée, quitte à ponctionner l'intestin de suite ou seulement à la fin si la réduction en est trop pénible.

3° Si le malade est entré dans le troisième degré d'occlusion, se borner à établir un anus contre nature auquel la laparotomie pourra succéder dans les jours suivants, quand l'état général sera devenu meilleur.

La précocité de la laparotomie est une des conditions principales du succès; ainsi, d'après les statistiques de Curtis, les patients opérés dans les 24 premières heures ne donnent qu'une mortalité de 62 pour 100, qui s'élève à 70 pour 100 quand l'opération est faite après quarante-huit heures, et à 73 pour 100 quand on intervient dans le troisième jour. Sur 226 morts, la terminaison fatale peut, 142 fois, être

imputée au retard de l'interventiou. Jaboulay, qui opère sitôt que l'état général périclite, dit n'avoir eu d'insuccès que dans un quart des cas (in Bénard), et Chaput déclare qu'on n'aura plus que 25 pour 100 de mortalité, comme dans la kélotomie, le jour où l'intervention sera précoce. Le succès eût certainement couronné une opération hâtive, dans le fait relaté dernièrement par Bernheim (sept. 1894) à la Société médicale de Nancy. Il s'agissait d'un étranglement de l'intestin grêle par un orifice accidentel de l'épiploon adhérent à la fosse iliaque droite ; malheureusement on n'intervint que le sixième jour, quand le malade était en pleine dépression, et la mort survint le lendemain. Vautrin, à propos de cette communication, fit connaître qu'ayant eu à intervenir, dans 25 cas d'iléus, sur des sujets en collapsus, la guérison n'était survenue que dans 5 cas seulement. Aussi, tout en reconnaissant qu'il ne faut pas prendre le bistouri aux premiers symptômes, croyons-nous qu'il serait par trop aléatoire d'attendre, comme le veut Maunoury, pour recourir au couteau, que le patient soit épuisé, le pouls faible et la température en hausse. Sans doute, ce chirurgien ne fait dans ces circonstances la laparotomie que si le ballonnement est peu prononcé, mais cette dernière condition se rencontre rarement, quand il y a déjà collapsus, et il est arrivé à plus d'un opérateur de trouver, le ventre une fois ouvert, des anses intestinales très distendues, alors que le météorisme apparent était peu considérable.

Nous allons exposer maintenant la technique opératoire de la laparotomie et de l'entérotomie.

Laparotomie. — D'une façon générale elle sera faite

à l'hôpital, bien que les malades riches puissent, comme le déclare Obalinski, être, sans inconvénient, opérés à demeure. Autant que possible, elle sera, aseptique plutôt qu'antiseptique, et le chirurgien aura à sa disposition toute la série d'instruments nécessaires pour pratiquer une résection intestinale possible ou parer au traitement d'une péritonite par perforation: l'eau bouillie salée est à peu près le seul liquide qu'on puisse, sans risque, mettre en contact avec la séreuse péritonéale; enfin la chambre dans laquelle on opèrera sera chauffée à une température de 20 à 25 degrés et le patient soigneusement mis à l'abri de toute cause de refroidissement.

Avant d'endormir le malade et pour parer au double danger que les vomissements pourraient lui faire courir par le fait d'une issue brusque des intestins en dehors de l'incision abdominale, ou d'une pénétration de matières fécaloïdes dans les voies aériennes, il sera nécessaire de procéder au lavage de l'estomac par la sonde gastrique de Debove.

Comme agent anesthésique, Jalaguier recommande le chloroforme plutôt que l'éther, d'autant, dit-il, que les chirurgiens qui emploient ordinairement, comme Weir et Gerster, le dernier agent, lui préfèrent, dans les iléus, le chloroforme, qui engendre moins de shoc et n'amène pas, comme l'autre, une irritation bronchique consécutive des plus nuisibles. Bien que Senn et Kocher préfèrent aussi obtenir d'abord l'anesthésie par le chloroforme, quitte à entretenir ensuite le sommeil par l'éther, Comte croit que, donner du chloroforme à un malade en collapsus, c'est commettre une grave imprudence, alors que l'administration de l'éther relève le pouls et l'état général du patient d'une façon

générale; mais n'est-il pas entendu qu'on ne doit pas laparotomiser un sujet en collapsus? Tellier a, du reste, publié dernièrement (Lyon médical, sept. 1894) un cas de mort consécutive à l'asphyxie amenée par des vomissements dus, en partie, à l'obstruction, mais surtout à l'éther. Pour nous, qui avons vu, pendant deux ans et presque journellement, administrer l'éther, dans les hôpitaux de Lyon, tout en reconnaissant qu'il a de grands avantages, nous croyons cependant que le chirurgien aura le droit de donner, dans les cas d'occlusion, l'anesthésique dont il a l'habitude de se servir dans la pratique habituelle. On pourra s'en rapporter, pour cette question, aux discussions qui ont été soutenues, au sein de la Société de chirurgie, dans le courant de l'année 1894 et 1895.

L'opération comprend 4 temps : 1° *Incision de la paroi abdominale*; 2° *recherche de l'obstacle*; 3° *rétablissement du cours des matières*; 4° *suture de l'incision.*

1° *Incision de la paroi abdominale.* — Pour la faire, le chirurgien se tiendra, autant que possible, entre les cuisses du patient; mais c'est une position qu'il pourra et même devra quitter le plus souvent, pendant la recherche de l'obstacle.

L'abdomen sera incisé sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, à moins toutefois qu'un examen minutieux n'ait révélé le point où siège l'obstacle. Cependant Dent préfère inciser un peu sur le côté, dans les muscles droits; Morgan abandonne l'incision médiane, en cas de réduction en masse d'une hernie, en présence d'une obstruction dépendant d'un corps étranger, ou lorsqu'il existe une tumeur intra-abdomi-

nale; par contre, même en présence d'un iléus causé par une hernie réduite en masse, Thorburn n'abandonne l'ouverture médiane que s'il y a déjà gangrène et perforation, pour faire alors une longue incision latérale; mais le diagnostic de ces accidents est rarement établi, et, puisque l'incision ordinaire de la kélotomie rend beaucoup plus aisée l'extirpation du sac herniaire, c'est à elle qu'on recourra dans les réductions en masse.

La section sera donc faite généralement sur la ligne blanche; mais quelle longueur lui donnera-t-on? Tandis que Hulke, Mikulicz, Trèves, Olshausen, Chaput, Jalaguier, Comte, etc., préconisent une incision de 10 à 12 centimètres, juste suffisante pour permettre le passage de la main, Kummel et Wahl recommandent une longue incision, allant de l'appendice xyphoïde au pubis ou à quelques centimètres au-dessus, et qui permet, grâce à la large éventration ainsi produite, de sortir tout le paquet intestinal qu'on reçoit dans des serviettes chaudes et stérilisées; en quelques minutes l'obstacle peut parfois être trouvé aisément. Par ce procédé, Kummel a obtenu la guérison dans deux cas d'étranglement, l'un par bride, l'autre par adhérences, Wahl a eu 2 succès sur 4 opérations et Stelzner 4 guérisons sur 8 laparotomies.

Tout en reconnaissant que cette méthode d'éventration a donné d'heureux résultats dans les mains de ses partisans, nous croyons fondés les reproches qu'on lui a adressés : difficulté du remballage des anses (Rydigier), refroidissement de l'intestin, déchirures du mésentère, choc nerveux, imbibition séreuse des tuniques intestinales et formation d'ecchymoses sous-séreuses, et nous pensons, avec Reclus et Forgue,

qu'il est préférable de faire, comme Le Fort et Terrier, une incision permettant seulement l'introduction de la main, quitte à l'agrandir si on ne trouve pas l'obstacle. Le péritoine incisé, on pourra, suivant le conseil de Pengrueber[1], appliquer sur les lèvres de la séreuse sectionnée une collerette de pinces à forcipressure qui faciliteront plus tard la rentrée de l'intestin; en faisant exercer une traction convenable par l'intermédiaire de ces pinces confiées à des aides, on donne, en effet, à la plaie, la forme d'un entonnoir dont les bords rigides serviront de points d'appui aux efforts de réduction.

2° *Recherche de l'obstacle.* — Si l'on rencontre un épanchement séro-sanguinolent, et surtout de sang pur, on peut être certain qu'il y a un obstacle à la recherche duquel il faut aller. Pour ce faire, et si l'on peut contenir les anses distendues et prêtes à sortir violemment au dehors, on va, la main étant introduite dans la cavité abdominale, à la découverte du cæcum (Trèves); s'il est vide, c'est que l'obstacle est sur l'intestin grêle; s'il est ballonné, c'est que le gros intestin est le siège de l'obstruction.

Dans le premier cas, on recherche l'abouchement de l'intestin grêle dans l'anse cœcale et, de ce point de départ, on remonte jusqu'à la rencontre de l'obstacle, en suivant les anses vides; mais ces dernières, retombées dans le bassin, étant le plus souvent très difficiles à suivre, mieux vaut, comme le conseille Jalaguier, attirer la portion affaissée dans le champ opératoire et la dévider rapidement dans la direction première et sans permettre aux anses de sortir.

Si cette manière de faire est séduisante, elle ne

1. *Bull. médical*, 1888.

donne pas toujours le résultat cherché, le ballonnement gênant les manœuvres de recherche et rendant parfois impossible la découverte du cœcum, la main, serrée et engourdie, perdant la netteté des sensations. On pourrait donc, comme l'ont conseillé Comte et Greig Smith, fixer tout d'abord, par une bande de gaze passée à travers le mésentère, la première anse intestinale qui se présente, et dérouler le conduit digestif du côté où la distension et l'hypérémie progressives indiquent que l'on se rapproche de l'obstacle; la découverte d'une circonvolution distendue, parfois du volume d'une bouteille, d'un estomac, d'un chapeau à haute forme (cas de Catrin), maintenue en position fixe, rebelle à la traction et au déroulement, de coloration modifiée et paraissant continuer les anses affaissées, indique qu'on se trouve en présence de l'obstacle. Comme on sera parfois obligé de dérouler l'intestin dans deux directions opposées, on s'efforcera d'aller aussi vite que possible.

Quand on trouvera le cæcum distendu, on remontera le long du côlon ascendant pour aboutir à l'S iliaque, à moins qu'on ne rencontre l'obstacle avant d'arriver jusque-là. Comme le côlon transverse remonte parfois très haut sous la poussée des anses ballonnées, alors que l'arrêt siège sur lui, et que l'incision primitive ne permettrait pas alors l'accès facile de l'obstacle, on suturerait, en présence de cette éventualité, la plaie opératoire dans ses deux tiers inférieurs, et on la prolongerait par en haut, dans la direction de l'appendice xiphoïde, en contournant l'ombilic à gauche.

Jusqu'ici, nous avons admis que le ballonnement n'apportait pas une gêne considérable aux manœuvres

et que la contention des circonvolutions distendues était possible et relativement facile; mais il en est rarement ainsi. Que faire si les anses sont tellement météorisées que l'exploration est rendue impossible? Nous avons déjà, à cause des dangers multiples auxquels il expose le malade, surtout si le chirurgien n'a pas une très grande habitude de ces opérations, rejeté le procédé de Kummel; d'un autre côté, le lavage de l'estomac, dans le cours de l'opération, comme l'ont conseillé Rehn et Duret, nous paraît difficile; aussi, le mieux serait-il, si on ne veut, comme Ledentu, ponctionner les anses avec un gros trocart, de faire l'incision de l'intestin sur une longueur de 5 à 6 centimètres, ainsi que l'a préconisé Madelung, ou de 2 à 3 centimètres, à l'exemple de Comte; Terrier n'incise que sur l'étendue de 1 centimètre et demi. Voici comment procède Madelung : après avoir fendu la première circonvolution distendue qui se présente dans la plaie opératoire, il la fixe au dehors et la laisse ouverte un quart d'heure environ, en accélérant l'évacuation des matières au moyen d'un tube en caoutchouc. Fermant ensuite l'ouverture de l'anse qui reste fixée au dehors et qui est obturée, en haut et en bas, par un lien provisoire destiné à parer à la contamination de la suture par le contenu intestinal, l'opérateur agrandit l'ouverture abdominale et va à la recherche de l'obstacle. S'il le trouve et réussit à le lever, il rentre l'anse suturée, sinon il se sert de cette anse pour établir un anus, et en enlève les sutures.

Ce procédé très rationnel a l'inconvénient de nécessiter une prolongation de l'anesthésie qui n'est pas sans danger, et, parfois, de ne pas aboutir au résultat recherché, rien ne sortant par la bouche intestinale.

Faire, dans cette occurrence, une seconde ouverture large, n'est pas sans inconvénient; aussi vaudrait-il mieux, à l'exemple de Terrier, pratiquer une première fente de 1 centimètre environ, quitte à en établir une deuxième ou une troisième, si rien ne sort d'abord, ou adopter la conduite de Ledentu.

On aura soin, quand la nécessité s'est imposée de recourir aux ponctions ou à la fente, de suturer bien hermétiquement les petites plaies avant de réintégrer l'intestin dans l'abdomen : Terrier, ayant évacué une circonvolution avec le trocart moyen de Dieulafoy (il dut ensuite recourir à l'incision), vit son malade mourir d'une péritonite généralisée suppurée, accident imputable peut-être, dit-il, à une faute d'antiseptie, mais qui pourrait aussi être attribué aux ponctions, les deux ouvertures faites par le trocart laissant, bien qu'elles aient été suturées, passer par un petit pertuis un peu du liquide injecté *post mortem*.

Comme nous l'avons dit plus haut, on pourrait, pour gagner du temps, ce qui est précieux en la circonstance, obturer temporairement la ou les bouches d'évacuation, au moyen de pinces à mors un peu écartés enveloppés d'un tube à drainage ou de caoutchouc de façon à ne pas contondre les tuniques intestinales; les sutures seraient, s'il y a lieu de les placer, appliquées seulement à la fin de l'opération, sinon il suffirait d'enlever les pinces pour établir l'anus artificiel et on ne serait pas obligé, comme le fait Madelung, dans cette éventualité, de couper les points noués quelques minutes avant.

La recherche de l'obstacle sera poursuivie avec prudence, de façon à éviter le décollement d'adhérences

préservatrices, si l'on avait affaire, par exemple, à une occlusion causée par une péritonite circonscrite autour d'un ulcère stomacal, ou par un calcul biliaire passé dans le tube digestif grâce à l'intermédiaire d'une perforation cystico-intestinale entourée d'exsudats membraneux dont la désunion a pu, dans un cas, amener la mort par péritonite. Donc ne pas détacher la moindre adhérence, même filiforme, sans le contrôle de l'œil.

L'obstacle reconnu, la conduite à tenir variera avec la nature de l'arrêt.

3° *Rétablissement du cours des matières.* — En présence d'un *volvulus ou d'une torsion de l'intestin*, on s'efforcera de replacer l'anse en position convenable, ce qui est généralement facile, si les accidents sont récents, bien que Billroth ait échoué dans une rotation du cæcum et de trois pieds d'intestin grêle, opérée trente heures après le début de l'occlusion. Il paraît même certain que le volvulus a pu, quelquefois, une fois le ventre ouvert, subir une réduction spontanée. Décès de Reims, laparotomisant une femme de vingt-quatre ans atteinte, depuis trois jours, d'iléus aigu, et chez laquelle la palpation dénotait l'existence d'une tumeur abdominale à droite, ne trouva plus, le ventre incisé, qu'une anse intestinale rouge et gonflée qui, selon toute probabilité, devait constituer le volvulus réduit; nous avons déjà rapporté, dans le cours de ce travail, plusieurs cas analogues. Les difficultés éventuelles de la réduction expliquent les larges éventrations préconisées par Kummel, Von Wahl, etc.; il faudra parfois, comme l'a fait Obalinski, inciser et vider l'anse involvée pour arriver à la détordre.

Si le retour à la position normale est obtenu, on s'assurera que la rotation ne se reproduit pas, aussitôt l'anse lâchée (cas de Diffenbach Marcus; Observ. XII du mémoire de Nimier). En effet, on doit craindre la récidive du volvulus. Roux a opéré un malade d'une torsion de l'S iliaque récidivée six ans après une première laparotomie : l'anse sigmoïde fut dégagée et fixée au péritoine pariétal pour éviter le retour d'une troisième attaque. Villar de Bordeaux, pour obvier à la récidive d'un volvulus de l'S iliaque, fixa à la paroi abdominale par sept points de suture, le côlon transverse relevé jusqu'au niveau de la grande courbure de l'estomac; Senn, en vue de parcr à cet accident, conseille, lorsque le mésentère de l'ansc étranglée est trop long, de raccourcir cette membrane en la plissant et en arrêtant le pli par la suture, tandis qu'Obalinski préfère reséquer une partic de l'anse, procédé qui lui a donné deux guérisons sur trois cas. Nous croyons qu'il serait mieux d'adopter la conduite de Roux et de Villar.

Quelquefois l'ansc est maintenue dans sa position défectueuse par une bride qu'il faudra sectionner, commc l'a fait Obalinski; le cas peut même être plus compliqué. Maroni[1], ayant réduit un volvulus chez un homme de vingt-quatre ans, vit les accidents persister et aboutir à la mort; l'autopsie montra qu'un diverticule étranglait l'intestin. Dans un cas de Maundcr[2], on déchira une bride fibreuse, au cours de l'opération, et on découvrit, après la mort, qu'un volvulus persistait. Glasmacher laparotomisant un

1. *Rev. d'Hayem.*, t. XXX.
2. *Gaz. Hebd.*, 1867.

jeune soldat, ne trouve qu'une péritonite généralisée; à l'autopsie on découvre que l'intestin avait complètement changé de direction : fléchi à gauche, il avait subi une demi-rotation fixée par des adhérences dont la destruction permit de rétablir le cours des matières.

Quand la détorsion est impossible ou que la gangrène a déjà envahi l'anse étranglée, on conseille généralement d'établir un anus contre nature. Nous pensons, avec Comte, que mieux vaudrait dans ces cas réséquer le volvulus et fixer les deux bouts dans la plaie, comme l'a fait Braun avec succès. Zaege Manteuffel, dans une circonstance analogue, obtint ainsi un très beau résultat; mais le malade mourut, trente-deux jours après l'opération, de perforation d'un ulcère rond de l'estomac. En se contentant de faire l'anus sans résection préalable, on exposerait sûrement le malade à tous les dangers d'une péritonite septique, l'anse involvée et non réduite devant presque fatalement se gangrener.

L'obstacle est constitué par une invagination étranglée. — La réduction est généralement simple, comme le prouve le fait de Dieu (double invagination opérée dans les vingt-quatre heures), quand les adhérences n'ont pas encore eu le temps de se former. Il faudra, pour réduire, refouler de bas en haut le boudin invaginé, après l'avoir comprimé quelques minutes entre les doigts (Hutchinson); on devra procéder avec beaucoup de douceur et se garder d'exercer des tractions tant soit peu énergiques qui amèneraient facilement la déchirure de l'intestin. Chez les adultes, la réduction est beaucoup plus aisée que chez les

enfants. Hilton Fage a réussi en employant une sorte de pétrissage combiné à une compression circulaire sur la partie la plus avancée de l'intussusception. S'il y a des adhérences récentes, on les détruira au moyen de la sonde cannelée glissée entre les deux cylindres intestinaux, et, devant l'échec de ce moyen, on pourra, comme le conseille Ashurt, ouvrir l'intestin au-dessous de l'invagination et introduire le doigt dans la fente pour repousser directement le boudin invaginé. Ohle, dans une intussusception du gros intestin, réussit à réduire en détruisant les adhérences et en tirant sur l'anse étranglée, pendant que le doigt d'un aide, introduit dans le rectum, repoussait l'intestin prolabé.

Si l'invagination est gangrenée, on ne pourra que faire la résection et fixer les deux bouts dans la plaie. De même, en présence d'adhérences solides créant l'irréductibilité, on réséquerait l'anse et on établirait un anus dans la plaie, car la suture bout à bout prendrait un temps trop considérable et ne serait pas toujours possible, ou bien on ferait l'anus sans résection préalable. Senn, dans les invaginations très étendues irréductibles, a conseillé d'ouvrir longitudinalement l'intestin au-dessous du collet, de sectionner le cylindre étranglé entre deux ligatures, puis, après extirpation de ce dernier, d'utiliser l'incision du boudin externe pour établir une anostomose avec une portion supérieure du tube digestif. Ce procédé nous paraît trop long et trop délicat pour avoir chance de passer dans la pratique courante.

L'obstacle est constitué par une bride ou un diverticule. — Les brides devront être sectionnées et résé-

quées entre deux ligatures. Si l'on soupçonnait, sur l'anse étranglée, l'existence de quelque point de gangrène, on devrait tout d'abord établir une ligature temporaire au-dessus et au-dessous de la striction; une fois libérée, l'anse amenée au dehors serait soigneusement examinée, réintégrée si elle est saine, et réséquée et fixée à la plaie si elle présente quelque point de sphacèle.

On n'oubliera pas que les brides peuvent être multiples et qu'elles peuvent coïncider avec un volvulus, une hernie interne, des adhérences, etc. Hilton et Bird trouvèrent d'abord une bride solide qu'ils détruisirent, puis une ouverture anormale qui était la cause véritable de l'occlusion. Elles sont quelquefois difficiles à trouver; Boiffin n'en découvrit une qu'après avoir fait l'hystérectomie abdominale, et, dans un fait de Richelot, la laparotomie n'ayant rien montré, on trouva, à l'autopsie, une bride étranglant l'iléon à sa terminaison si fortement qu'un sillon était tracé sur l'anse au niveau de la constriction.

En présence d'un diverticule, on dénouera le nœud après piqûre de l'ampoule terminale, si elle existe et si elle peut être attirée au dehors; sinon on en fera la résection. Comme le diverticule est en communication avec l'intestin, si l'on se contentait de le lier on aurait, ultérieurement, soit une fistule stercorale, soit une péritonite par épanchement. En conséquence, on le liera d'abord un peu au-dessus de son abouchement dans l'intestin, puis, après l'avoir sectionné à trois ou quatre centimètres au moins de la ligature, on fermera le bout central par invagination et on y appliquera une suture de Lembert. On agira de même en présence de l'appendice iléo-cæcal.

Il est important de savoir distinguer les diverticules des brides ordinaires; on les reconnaîtra par leur ampoule terminale, par la consistance de canal creux qu'ils donnent à la malaxation, ct le glissement des parois opposées, l'une sur l'autre. Surtout on ne les prendra pas, comme cela est arrivé dans un cas de Cruveilhier, pour l'intestin lui-même, erreur possible, car ils sont quelquefois distendus et remplis de gaz et de liquides (fait de Bayle); on promènera donc les doigts le long du conduit qu'on supposera être le diverticule, jusqu'à ce qu'on arrive soit à sa terminaison dans l'intestin, soit à une adhérence contractée avec la paroi abdominale.

Kundrat, dans les cas où, par suite de modification dans la statique des viscères, le mésentère comprime et étrangle le duodénum, conseille la gastro-entérostomie. C'est, en effet, le seul moyen à opposer à ces sortes d'occlusions qui sont heureusement rares, car nous ne croyons pas que le succès puisse couronner cette opération entreprise sur un malade en pleine attaque d'iléus. Peut-être, une sorte de résection de la paroi abdominale, comme le fait Depage (Ann. soc. belge chir. 1893, déc.), pour remédier au prolapsus du foie ou de l'intestin, pourrait-elle être tentée dans le but de s'opposer à la descente anormale des intestins.

L'obstacle est constitué par un orifice intra-abdominal. — Quand une anse d'intestin se trouve engagée dans un orifice normal ou accidentel intra-abdominal, il est indiqué de débrider l'orifice, pour peu que l'incarcération paraisse étroite, comme on le fait dans les hernies étranglées, et de fermer, si possible, l'ouver-

ture par quelques points de suture. Le débridement pourra être difficile si l'anneau est situé profondément, et réclamera alors l'agrandissement de l'incision abdominale, agrandissement qui donnera du jour et facilitera l'accès de l'orifice, mais pourra être, parfois, dangereux en particulier au niveau de l'hiatus de Winslow, en raison du voisinage des vaisseaux dont la blessure serait mortelle : on recourra alors aux débridements courts et multipliés. Dans un cas d'étranglement par le trou de Winslow, relaté dans Trèves, la dilatation de l'anneau fut rendue impossible par le voisinage d'une grosse artère, et le malade mourut, l'opération étant restée inachevée. Gangolphe, dans une occlusion de même nature, crut, après avoir amené une anse présentant un sillon blanchâtre, indice d'une constriction, que son intervention serait couronnée de succès; et cependant l'autopsie démontra qu'il persistait un étranglement d'une circonvolution de 1m,50 de long, serrée dans l'orifice de Winslow et qui avait passé inaperçue. Il est à noter et à retenir, en prévision de cas analogues, que le chirurgien, en ouvrant le ventre, constata une distension excessive de l'intestin grêle et, malgré cela, son peu de tendance à faire irruption au dehors, phénomène qui s'explique par la disparition d'une partie relativement considérable du tube digestif réfugiée dans l'arrière-cavité des épiploons.

Si des explorations répétées des fosses ovalaires et iliaques, du cæcum, des côlons et de l'intestin grêle n'ont pas permis de trouver l'obstacle, il faudra, suivant la remarque de Schwartz[1], songer à la possi-

1. *Revue de chirurgie*, 1892.

bilité d'une striction du côté du diaphragme, et inventorier soigneusement les hypochondres et la voûte diaphragmatique, après avoir prolongé en haut l'incision abdominale refermée préalablement en bas. Schwartz, en présence d'une hernie diaphragmatique, conseille d'intervenir par la voie transpleurale, en réséquant la neuvième côte et en ouvrant la plèvre, ce qui permettrait de traiter la hernie comme on le fait dans les cas ordinaires. Permann[2], dans ces étranglements diaphragmatiques, a proposé une opération qu'il n'a jamais faite, d'ailleurs, et qui consiste à tailler un large lambeau en fer à cheval dans la paroi thoracique, en y comprenant une partie des côtes réséquées temporairement, à pénétrer dans la plèvre, à retirer les viscères, au besoin à inciser l'estomac ou l'intestin pour en vider le contenu; on débriderait ensuite l'orifice, et la suture de l'ouverture suivrait la réduction de l'intestin.

Ce sont là assurément des opérations rationnelles et bien appropriées à leur but, mais qui encourent le reproche, grave en la circonstance, d'être longues et compliquées; aussi nous semble-t-il préférable d'adopter le procédé proposé par Annequin[2], dans ces hernies diaphragmatiques : incision sous-costale, débridement du diaphragme et réduction de la hernie bien nettoyée.

Occlusion par coudures et adhérences. — La libération des coudures et des adhérences sera faite avec prudence et sous le contrôle vigilant du doigt et de

1. *In Rev. Hayem.*, t. XXXVII.
2. *Dauphiné médical*, avril, 1892.

l'œil. La découverte de ces agents est quelquefois difficile, puisque, dans le cas dc Hallé, le ventre étant largement ouvert, la lésion ne fut trouvée qu'après des recherches et des examens répétés et minutieux. Dans certaines péritonites les anses sont quelquefois agglomérées en masse, et il est impossible de lcs dévider, les parois de l'intestin étant dcvenues friables, se fissurant avec la plus grandc facilité et saignant abondamment, quand on veut les dégager des fausses membranes qui les enserrent. Poncet (de Lyon) dut, dans un cas semblable, abandonner l'opération.

C'est à l'anus contre nature, établi sur le bout supérieur, qu'on aura recours, si la libération est impossible.

Les coudures et adhércnces étant, fréquemmens, imputables à des opérations antérieures pratiquéet sur l'abdomen ou sur les organes génitaux internes de la femme, on s'efforcera d'en prévenir la formation par certaines précautions prophylactiques, en n'irritant pas la séreuse par des liquides antiseptiques, en ne triturant pas l'intestin et en le protégeant contre tout traumatismc instrumental ou autre; c'est ainsi que, dans un travail tout récent (*Central für Gynæk.*, 1894, nº 38, p. 913), Schiffer recommande, dans les interventions abdominales, l'emploi de l'asepsie humidc (compresses trempées dans la solution de Tavel et fréquemment mouillées) et rejette l'asepsie sèche, c'est-à-dire l'emploi des compresses stérilisées sèches, qui irritent l'intestin. En effet, sur 132 laparotomies, dans lesquelles on employa l'asepsie sèche, 5 morts survinrent par occlusion péritonique tandis que, sur une autre série de 76 laparotomies, pratiquées

avec l'asepsie humide, on n'observa plus aucun cas d'occlusion. Après ablation d'un viscère ou d'une tumeur, le pédicule sera recouvert d'épiploon interposé entre lui et les circonvolutions (manœuvre d'Hégar).

A signaler un moyen original employé par Quenu. Ce chirurgien ayant, après une hystérectomie vaginale, observé chez son opérée des signes d'occlusion, et pensant qu'ils étaient dus à des adhérences de l'intestin au niveau de la collerette péritonéale, introduisit le doigt dans le ventre par la voie vaginale, décolla ainsi quelques adhérences au niveau de la collerette et guérit son opérée.

Occlusion par calcul biliaire. — Les cholélithes occupant ordinairement la partie inférieure de l'iléon, c'est là qu'il les faudra chercher, et leur découverte semble relativement aisée, puisque, sur 19 laparotomies, on a pu 16 fois, d'après Kirmisson et Rochard, les trouver avec la main.

Si le calcul se trouve proche la valvule iléo-cæcale et que les tuniques intestinales soient saines, on cherchera d'abord à le faire progresser vers le cæcum (Clutton-Labbé), sinon on s'efforcera, après l'avoir amené dans un segment sain de l'intestin, de le broyer avec les doigts. Lawson Tait a conseillé d'en opérer la discission au moyen d'une aiguille solide introduite obliquement à travers les tuniques du conduit digestif : on fermerait ensuite d'un point de suture le trou fait par l'instrument. En cas d'échec de ces moyens, on aurait recours à l'incision de l'intestin faite sur le bord opposé à l'insertion mésentérique, procédé qui a donné un beau succès à Thiriar.

et à Pouzet (de Cannes). Dagron conseille de faire la fente non directement sur le calcul, mais à son voisinage, de façon à permettre l'introduction d'une pince qui irait broyer la cholélithe, moyen auquel Kirmisson et Rochard adressent le reproche d'être compliqué et de créer le risque d'une ablation incomplète du calcul. Il est à retenir qu'après l'enlèvement du corps étranger l'intestin peut subir une rétraction si considérable que Thiriar, dans le cas qu'il a opéré, se demanda si l'anse intestinale n'était pas atteinte d'un rétrécissement nécessitant une entérectomie.

Si l'on ne trouvait pas le calcul, on devrait se résigner à établir un anus contre nature, autant que possible sur la terminaison de l'iléon, et on ferait l'entérectomie, lorsque l'anse renfermant le corps du délit, paraîtrait menacée de gangrène ou de perforation.

L'occlusion est produite par un rétrécissement simple ou cancéreux. — En face d'une sténose simple ou cancéreuse de l'intestin, le seul traitement rationnel devrait être la résection de l'anse atteinte et la suture bout à bout des extrémités. Mais cette dernière opération est longue, difficile, et n'aurait guère de chances de succès si on la pratique sur un malade en plein iléus aigu. Le mieux, en présence de ces lésions, serait de se borner à l'établissement immédiat de l'anus, ou, si les circonstances et le patient s'y prêtent, de faire la résection de la partie rétrécie, suivie de la fixation des deux extrémités dans l'incision abdominale. Cependant, si la sténose, au lieu d'être annulaire, était limitée à une partie de la circonférence de l'intestin, on pourrait l'enlever par une section longitudi-

nale et on convertirait ensuite, en suturant, la plaie longitudinale en une ligne de réunion transversale.

Si « par mésaventure », on trouvait un amas de matières fécales, c'est à l'établissement immédiat de l'anus artificiel qu'on aurait recours.

Une fois le ventre ouvert, on peut se trouver en présence d'une péritonite soit antérieure, soit consécutive à l'étranglement. Quand des exsudats ou des adhérences multiples et quelque peu solides agglutinent les anses entre elles, inutile de chercher à libérer les circonvolutions; il faut savoir se résigner à refermer le ventre, comme l'ont fait Poncet, Obalinski, ou à créer une voie artificielle aux matières, en ouvrant l'anse la plus basse et en la fixant à la partie inférieure de l'ouverture abdominale. Outre, en effet, qu'il est difficile, sinon impossible, de dégager les adhérences multiples et serrées, on court le risque de déchirer l'intestin, accident qui est arrivé à Obalinski, à Schede, etc.; l'opérée de Schede guérit cependant, avec persistance d'une fistulette stercorale : le chirurgien, après nettoyage du péritoine souillé par les matières fécales, avait fixé l'anse rompue à la partie supérieure de la plaie abdominale.

C'est toujours à cette conduite qu'il faudra recourir quand on trouvera, dans le péritoine, un épanchement stercoral et une perforation de l'intestin imputable à l'étranglement : logiquement, quand les perforations sont multiples, c'est l'entérectomie qu'il faudrait faire, mais quand réussira-t-on?

Le lavage du péritoine sera effectué au moyen de plusieurs litres d'eau salée et stérilisée, 10 à 15 litres, chauffée à 45° environ, qu'on enverra dans toutes les directions au moyen d'une canule terminée en pomme

d'arrosoir, et le drainage de la cavité sera établi suivant le procédé de Mikulicz ou la méthode du siphon conseillée par Dauriac (*Progrès médical*, 23 juin 1894). Mais, comme le déclare Bouilly, il faut aller vite et terminer l'opération en 10 ou 15 minutes, sous peine de voir les opérés mourir sur la table d'opération ou quelques heures après, dans le collapsus.

Dans la péritonite consécutive à une perforation de l'estomac, on devra, comme Roux et Michaux l'ont fait dernièrement avec succès, soit suturer après avivement, quand la perforation est facilement accessible, les lèvres de l'ouverture, soit, si la plaie est profondément située, plicaturer les tuniques externes de la cavité gastrique et fermer l'orifice, à distance, par des points de suture de Lembert disposés sur 2 ou 3 rangs.

En face d'une péritonite tuberculeuse, et après avoir constaté que l'occlusion qu'elle détermine ne dépend ni d'une bride ni d'une coudure, on pratiquera, dans la forme ascitique avec liquide séro-purulent, le lavage et le drainage de la cavité, suivant la technique exposée plus haut. Dans les autres formes, l'incision seule du ventre suffit pour procurer parfois des succès inespérés.

Que faire si, malgré les recherches les plus vigilantes, on n'a pas rencontré d'obstacle, soit qu'il n'y en ait point ou que sa situation lui permette d'échapper à toutes les investigations, soit qu'il ait été détruit inconsciemment pendant les manipulations opératoires (Cas de Routier, Jeannel)? Certains chirurgiens, devant l'échec de leurs recherches, ont établi un anus artificiel (Verneuil, Péan, Schede, Manlove); d'autres

se sont bornés tout simplement à refermer le ventre et ont vu, parfois, une débâcle survenir consécutivement (Cas de Buchanam, Decès de Reims). Reclus, en face d'un cancer de l'S iliaque inopérable, se contenta d'attirer l'anse au dehors, la laissa exposée, sans l'ouvrir, 8 jours, et vit les accidents d'occlusion rétrograder. Maydl a, du reste, montré que la simple mise à nu de l'intestin avait parfois suffi, dans les iléus, pour rétablir le cours des matières. Néanmoins, au lieu de refermer le ventre purement et simplement, tout en évitant au moins immédiatement au malade le supplice de l'anus artificiel, nous serions partisan du procédé conseillé par Hache[1], et qui consiste à fixer simplement à l'ouverture abdominale une anse intestinale, celle qui semblerait la plus favorable à la création d'une voie artificielle de dérivation des matières intestinales; si une débâcle survient on rentrerait l'anse, après l'avoir dégagée; si l'occlusion persistait on fendrait, seulement alors, l'intestin.

Que l'obstacle ait été trouvé ou non, il faut, l'opération finie, réintégrer les intestins issus de l'abdomen, ce qui présente de grandes difficultés. Pour y arriver, on pourra d'abord essayer le moyen proposé par Kummel; il consiste à envelopper d'une compresse aseptique la masse irréductible, à faire glisser sous les lèvres de la plaie le pourtour de la compresse et à refouler dans le ventre, par des manœuvres exemptes de toute brutalité, ce filet improvisé et son contenu; en suturant peu à peu l'ouverture et en serrant les fils on fait rentrer progressivement les anses, et on retire la compresse avant de nouer la dernière suture.

1. *Rev. de clin. et thérap.*, 1892.

En cas d'échec de ce moyen on recourrait soit aux ponctions de Ledentu, soit à l'incision de Madelung et Terrier dont nous avons déjà parlé. Bœckel, à la suite d'une laparotomie pratiquée pour une torsion du côlon, ne pouvant, même après des ponctions capillaires multiples, réintégrer l'intestin, incisa une anse grêle, sur une longueur de 6 centimètres, et sutura la fente avant la réduction, qui devint alors facile ; son opérée guérit en 8 jours. Il est à relever qu'au moment où on fendit l'intestin, le pouls devint imperceptible et le collapsus si menaçant qu'on dut faire à la patiente quatre injections d'éther.

Avant de refermer le ventre, quand l'obstacle est levé, on s'assurera qu'il ne reste pas d'adhérences maintenant l'intestin en mauvaise position, et on les libérera si elles existent; dans un fait de Terrier et un autre de Trélat on ne put les détruire qu'en partie. Lorsque l'état des tuniques intestinales ne crée pas de menaces de perforation, on fera circuler les gaz au-delà du point où siégeait l'arrêt; c'est le moyen de savoir si l'obstacle est levé réellement, car les matières restent d'abord stagnantes, par le fait de la paralysie ou des flexuosités décrites par les circonvolutions ballonnées. Fischer conseille de saisir l'intestin à hauteur du siège primitif de l'étranglement, de soulever le bout supérieur, et de faire circuler les matières par une sorte de frottement lent et progressif de l'anse intestinale.

Suture de l'abdomen. — La suture de l'incision abdominale sera faite en un ou plusieurs étages. Nous avons montré, dans un mémoire sur la cure radicale des hernies ombilicales (Concours pour le prix Gerdy,

1893), que la suture à 3 étages, 1 pour le péritoine, 1 pour la gaine des muscles droits, 1 pour la peau et le tissu cellulo-graisseux, était celle qui s'opposait le plus efficacement aux éventrations qui suivent, parfois, les laparatomies; mais nous croyons que, lorsque l'opération a été pratiquée pour un iléus aigu, la suture à un seul étage, renforcée par quelques fils profonds, aura, sur les autres modes de réunion, l'avantage considérable de la rapidité. Il est entendu que, lorsque les circonstances s'y prêteront, c'est la suture à étages qu'on pratiquera.

Nous rccommanderons surtout de bien veiller à l'observation des prescriptions post-opératoires, dont la négligence est peut-être une cause fréquente des échecs de l'interventin. L'opéré, remonté par des injections sous-cutanées d'éther, sera rapporté dans un lit chaud, et entouré de boules d'eau chaude; on pourra aussi lui administrer un lavement composé de 50 grammes de rhum pour 120 grammes d'eau tièdc. On écartera soigneusement toute cause possible de refroidissement, en un mot, on prendra, pour ces malades, toutes les précautions minutieuses édictées par Lucas Championnière pour les sujets opérés de cure radicale de hernie.

Si des accidents généraux de nature infectieuse venaient à se déclarer, ou si les phénomènes d'occlusion persistaient, on aurait, suivant le conseil de Duret, recours à des lavages répétés de l'estomac. Sur la question de décider s'il faut donner aux opérés de l'opium ou un purgatif, nous croyons que l'huile de ricin pourrait être ordonnée à doses espacées aux malades n'ayant pas eu de selle au bout de 24 heures et quand l'opération aura montré quc les tuni-

ques de l'intestin n'étaient le siège d'aucune altération; l'opium, dans un fait relaté par Thierry, paraît avoir été la cause unique de la persistance d'accidents qui disparurent après l'ingestion d'un purgatif.

L'opéré sera mis à la diète pendant 36 à 48 heures; on le soutiendra avec du lait, du champagne glacé, du bouillon, etc., et, en augmentant progressivement l'alimentation, on arrivera à lui rendre le régime normal au bout de 7 à 8 jours, sauf complications intercurrentes.

RÉSULTATS DE LA LAPAROTOMIE

Sans vouloir insister, dans ce travail, sur les résultats fournis par la laparotomie pratiquée pour occlusion aiguë nous croyons utile néanmoins de fournir quelques documents statistiques empruntés, pour la majeure partie, au mémoire de Farquhar Curtis.

Sur 328 observations de laparotomies pratiquées pour des occlusions aiguës cet auteur trouva 102 guérisons, 226 morts, soit une mortalité de 68,9 pour 100.

Rochwell, sur 69 cas de laparotomies pratiquées de 1877 à 1887 avec une antisepsie soigneuse, n'a que 40 pour 100 de mortalité.

Ces statistiques ont l'inconvénient de comprendre tous les cas publiés, aussi bien les faits qui appartiennent à des chirurgiens ayant l'habitude des opérations abdominales que ceux des opérateurs intervenant pour la première fois dans un cas d'occlusion aiguë. Elles fournissent les résultats relatifs des laparotomies dont la valeur absolue serait jugée avec plus

d'exactitude en s'en rapportant à la pratique personnelle seule de quelques chirurgiens. C'est ainsi qu'Obalinski[1], sur 110 opérations, a 38 guérisons, 72 morts, soit 65,4 pour 100 morts; Roux, sur 8 cas aigus opérés, n'a eu qu'un mort, soit 12,5 pour 100 morts seulement, et Julliard, sur 18 étranglements internes laparotomisés, compte 12 morts, soit 67 pour 100; il est vrai que, sur les 12 morts, 6 opérés avaient un cancer de l'intestin.

L'expérience de l'opérateur pèse d'un grand poids dans la balance des succès. Les premiers opérés d'Obalinski donnent une mortalité de 67 pour 100 et les derniers, de 52,4 pour 100 seulement.

D'une façon générale, on voit combien la laparotomie reste grave dans les occlusions aiguës, même dans les mains de chirurgiens habiles, exception faite toutefois pour la statistique fournie par Roux (de Genève).

Les résultats opératoires, dans les différentes variétés d'étranglement, sont les suivants :

Volvulus. — La mortalité opératoire serait de 71,4 pour 100, d'après Ashurt, et de 80 pour 100, d'après Curtis; Von Wahl, sur 5 cas, a eu 2 succès. Une statistique récente de Dettingen, portant sur 30 volvulus, fournit 84 pour 100 de mortalité. 19 fois on ne put détordre le volvulus; 7 fois on laissa l'opération inachevée : 7 morts; 4 fois on fit la résection de l'anse gangrenée : 4 morts. Obalinski, sur 19 volvulus de l'S iliaque opérés, a obtenu 9 guérisons : sur 19 torsions de l'intestin grêle 5 guérisons.

Brides et diverticules. — Les laparotomies dans ces

1. *Arch. für klin. chir.* 1894, XLVIII.

occlusions donnent des résultats relativement meilleurs. Schramm, sur 79 cas, trouve 26 morts, soit 53 pour 100 de mortalité; Rochwell, sur 4 cas, 4 morts, et Curtis, sur 97 cas, 57 morts, soit 59 pour 100 de mortalité.

Hernies internes. — Schramm : 12 cas opérés, 4 guéris, 8 morts, soit 67 pour 100 de mortalité et Curtis : 28 cas avec 60,7 pour 100 de mortalité. Obalinski, 11 cas, 5 guérisons.

Invaginations étranglées. — Schramm : 16 cas, 6 guérisons, 5 morts. Braun, 51 cas dont 30 enfants, 21 adultes, 11 guérisons, 40 morts. Sur ces 51 cas, 4 fois on referma l'abdomen sans rien faire, 4 morts; 12 fois on réséqua l'anse invaginée, 11 morts; le cas heureux appartenant à Mikulicz, qui réséqua le tronçon iléo-colique sur une étendue de 10 centimètres; 25 des désinvaginations demeurèrent infructueuses et donnèrent 24 morts, 9 entérotomies après laparotomie, 9 morts.

D'après Curtis, le traitement médical aurait donné 69 pour 100 de mortalité et le traitement chirurgical 80 pour 100 de mortalité. Obalinski compte 7 morts sur 7 invaginations opérées.

Coudures et adhérences. — Schramm : 16 cas, 7 guérisons, 9 morts; Rochwell : 24 cas, 14 guérisons, 10 morts. Collas, élève d'Hartmann, a réuni dans sa thèse 6 cas avec 4 succès. Obalinski a 1 guérison sur 5 opérations.

Calculs biliaires. — Pouzet (de Cannes), sur 21 cas traités par la laparotomie avec entérotomie faite pour

extraire le calcul, trouve 6 guérisons, 15 morts, soit 67 pour 100 de mortalité. La léthalité, dans les relevés de Kirmisson et Rochard, qui renferment les différents modes d'intervention pris en bloc, s'élève à 80 pour 100.

La gravité de ces chiffres s'explique par cette considération que le plus souvent le chirurgien est intervenu trop tard, alors que le malade était déjà plongé dans le collapsus ou que l'intestin présentait de la gangrène ou des perforations des tuniques; l'opération qui, dans les vingt-quatre premières heures, donnerait 62 pour 100 de mortaliié, en fournirait 73 pour 100, quand elle est faite le troisième jour. C'est ce retard de l'intervention qui est la cause des nombreux insuccès subis par Obalinski, qui a opéré, en moyenne, les étranglements 6 jours et les invaginations 13 jours après le début des accidents. La durée de l'opération influerait beaucoup sur le pronostic : faite rapidement, elle donnerait une mortalité de 56,4 pour 100, et, prolongée, de 66 pour 100.

D'après Curtis, sur les 328 cas qu'il a réunis, 28 fois on ne trouva pas l'obstacle et 74 fois on ne put l'enlever; morts : 86 pour 100.

DE L'ENTÉROTOMIE — SA TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous nous sommes suffisamment appesanti sur les indications de l'entérotomie en discutant les conditions du traitement chirurgical de l'occlusion aiguë, pour n'avoir plus besoin d'y revenir à nouveau. Contentons-nous de dire que l'anus artificiel sera définitif,

ou temporaire seulement, soit que l'obstacle vienne à disparaître, soit que la levée en soit faite ultérieurement par la laparotomie quand le ballonnement a rétrocédé et que l'état général du sujet s'est amélioré, méthode que recommandent Schede, Chaput, Maunoury, etc. Comme le remarque ce dernier chirurgien. l'ouverture retardée du ventre sera pratiquée alors dans des conditions d'autant meilleures qu'on pourra parfois, en utilisant l'introduction du doigt dans l'intestin par l'orifice artificiel, et en y joignant le palper abdominal, déterminer la nature et le siège de l'arrêt. En effet, l'exploration ainsi faite pourrait permettre d'inventorier une grande partie de la cavité du ventre, grâce à la pénétration profonde du doigt dans l'anse incisée qui se plisse et s'invagine sous la pression, et il serait aisé en recourant à ce moyen de sentir parfois une bride, une induration, des ganglions hypertrophiés, d'attirer même dans la plaie un corps étranger, un anneau cicatriciel ou cancéreux mobile.

L'entérotomie que tout praticien, comme le dit Tillaux, doit savoir et peut faire avec sa trousse seule, sera pratiquée, avec toutes les précautions antiseptiques d'usage, sans anesthésie ou avec l'anesthésie locale obtenue au moyen de la cocaïne (Solution à 1 pour 100).

Si le diagnostic du siège de l'arrêt indiquait que ce dernier est placé sur la partie supérieure du rectum ou sur l'S iliaque, c'est à gauche et sur le côlon descendant que l'anus serait établi. Mais comme, le plus souvent, ce diagnostic reste indécis, que, du reste, ainsi que le démontre le cas de Lefebvre, des rétrécissements peuvent siéger au-dessus d'un cancer de l'S iliaque, c'est à droite qu'il faudra faire l'incision dans

la grande majorité des cas. Habituellement c'est une anse de l'intestin grêle qui se présente et que l'on ouvre ; si le cæcum distendu apparaissait, c'est sur lui qu'on établirait la fente.

Voici, d'après Nélaton qui a précisé et réglé le manuel opératoire de l'entérotomie, comment on devra procéder.

« Le malade est en supination, les cuisses légèrement fléchies sur le bassin.

On incise la paroi abdominale à la région droite ou gauche, sur le trajet d'une ligne parallèle au ligament de Fallope, un peu au-dessus de cette ligne et au-dessous de l'artère épigastrique. Cette incision peut avoir 7 centimètres environ d'étendue dans sa partie superficielle, et 4 dans sa partie profonde ; elle comprend successivement la peau, la couche celluleuse sous-cutanée, les muscles grand, petit oblique et transverse, le fascia transversalis. Arrivé sur le péritoine, on y pratique, en dédolant, une petite ouverture que l'on agrandit sur la sonde cannelée : on lie les artérioles qui donnent du sang. Les anses du bout supérieur, très dilatées par les gaz et par les matières, sont facilement reconnues, et d'ailleurs elles se présentent ordinairement d'elles-mêmes à l'orifice et tendent à faire hernie.

Le temps le plus délicat de l'opération est celui de l'incision de l'intestin : on y procède de la manière suivante :

L'anse intestinale se présentant d'elle-même à la plaie extérieure, on ne doit pas chercher à la faire sortir au dehors, ni à l'inciser tout d'abord, comme dans le procédé ordinaire.

On commence par la fixer à la paroi abdominale

par deux points de suture établis aux deux extrémités de l'incision. L'intestin, ainsi assujetti, est alors perforé au milieu et à distance égale des deux lèvres de la plaie par une aiguille courbe munie de son fil, lequel traverse ainsi la paroi antérieure de l'intestin, de dehors en dedans, puis de dedans en dehors, revient perforer une des lèvres de la paroi abdominale, pour sortir à quelques millimètres dans l'épaisseur de cette lèvre : on forme ainsi un point de suture qui comprend dans son anse une partie du calibre de l'intestin et le bord profond de la paroi abdominale. Avec une autre aiguille, on en fait autant à la lèvre opposée, en faisant passer cette dernière aiguille par le même point que la première a traversé pour perforer l'intestin de dehors en dedans ; ceci fait, on continue de la même manière les autres points de suture, et c'est seulement lorsqu'on en a fait un nombre suffisant (cinq de chaque côté environ) que l'on incise l'intestin dans l'étendue de 2 centimètres au plus entre les points de suture. Les matières ne peuvent ainsi échapper au dehors que quand la boutonnière intestinale est dans un contact parfait avec les lèvres de la plaie abdominale, et ne peuvent par conséquent tomber dans la cavité du péritoine. »

Chaput conseille, quand l'intestin est très distendu, ce qui est le cas ordinaire, de ne pas passer les sutures en un seul temps, avec l'aiguille de Reverdin, ce qui expose à perforer l'intestin, d'où l'effusion de matières fécales filtrant par les trous de l'aiguille ; on passera d'abord son fil à travers la paroi abdominale, puis à travers les tuniques superficielles de l'intestin.

Comte recommande, quand l'anus doit être définitif, de rapprocher la ligne de suture de l'attache

mésentérique et d'ouvrir l'intestin, sur une longueur dc 4 centimètres environ, tandis que si l'on a toute raison d'espérer que la bouche intestinale ne sera que temporaire, on reporterait la ligne de suture vers la convexité de l'anse et on ne donnerait à l'incision dc l'intestin qu'une longueur de 1 à 2 centimètres seulcment. Mais comme il est rarc de savoir à l'avance si l'anus sera définitif ou temporairc, le mieux est de se décider pour la première alternative, quitte à ponctionner l'anse distendue que l'on peut fixer dans la plaie si cette petite opération facilite le placement des fils près de l'attache mésentérique.

Il sera bon, sitôt que l'intestin apparaîtra, de diriger sur lui un jet d'eau stérilisée, salée ou boriquée, chauffée à 45 degrés.

Nélatons, comme nous venons de le voir, ouvre l'anse sitôt fixée : l'état général du malade commandc le plus souvent d'agir ainsi ; cependant si rien ne pressait et si les circonstances étaient favorables, on pourrait, suivant les indications établies par Hache et dont nous avons parlé plus haut, retarder l'incision de l'intestin.

Après l'ouverture de l'intestin on favorisera la sortie des gaz et des matières en introduisant une grosse sonde molle en caoutchouc, dans le bout supérieur, et on administrera, s'il y a lieu, quelques cuillerées d'huile de ricin (Follin et Duplay). Les bords dc l'anus seront couverts d'un linge très fin, aseptique, enduit d'une couche de vaseline boriquée ; comme pansement, recouvrir d'une couche épaisse de coton hydrophile et d'imperméable ; comprimer aussi la région stomacale, avec un bandagc de corps pour obvier au relâchement des parois abdominales.

L'opéré ne fera pas d'efforts et aura deux lits à sa disposition ; il sera placé sur un matelas d'eau, si possible, ou au moins sur un rond insufflé ; on lui évitera soigneusement tout refroidissement Commc régime, on prescrira le lait, les œufs, le jus de viande, etc., en un mot, les aliments laissant peu de résidus.

L'opération, en défalquant les cas de mort dus à des cancers de l'intestin, donne une mortalité de 67 pour 100.

Nous n'insisterons pas sur quelques opérations particulières d'entéro-anastomose, faites avec ou sans résection préalable de l'intestin, et proposées par Senn, Chaput, Caponotto[1]. Elles ne sont guère utilisables que dans les occlusions chroniqucs et doivent être rejetées du traitement de l'iléus aigu en raison du temps prolongé qu'elles nécessitent et des altérations que présentent les tuniques de l'intestin dans la majorité des cas. La colostomie iliaque, faite suivant un procédé spécial proposé par Audry[2] et que Jeannel a pratiquée 3 fois, ou suivant la technique de Desquin (*Ann. Soc belge chirurg.*, mai 1893), pourrait être employée, si l'on avait affaire à un cancer diagnostiqué de la fin du gros intestin et si la situation de l'opéré s'y prêtait.

1. *L'osservat. gaz. med. di Torino*, 1889.
2. *Arch. prov. de chir.*, 1892.

TABLE DES MATIÈRES



Bulletin

DES

Annonces.

31529. — PARIS, IMPRIMERIE LAHURE
9, rue de Fleurus, 9

